Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder

Marsha M. Linehan
University of Washington

THE GUILFORD PRESS
New York • London

Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

Марша М. Лайнен,
д-р философии
Вашингтонский университет



Москва • Санкт-Петербург • Киев
2008

ББК (Ю)88.4
Л18
УДК 616.89

Издательский дом "Вильямс"
Зав. редакцией *Н.М. Макарова*
Перевод с английского *В.В. Кулебы*
Под редакцией канд. психол. наук *Э.В. Крайникова*

По общим вопросам обращайтесь в Издательский дом "Вильямс"
по адресам: info@williamspublishing.com, http://www.williamspublishing.com
101509 , Москва, а/я 783; 03150, Киев, а/я 152

Лайнен, Марша М.

Л18 Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. — М.: ООО "И.Д. Вильямс". 2008. — 592 с.: ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-5-8459-1235-0 (рус.)

Монография *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности* посвящена новому направлению психотерапии — диалектико-поведенческой терапии (ДПТ), разработанной признанным специалистом в области психического здоровья д-ром Маршей М. Лайнен. Дополнением к монографии служит *Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности*. Книга будет несомненно интересна специалистам в области психотерапии, клинической психологии и социальной работы — всем, кто занимается работой с "пограничными" пациентами.

ББК (Ю)88.4

ISBN 978-5-8459-1235-0 (рус.)
ISBN 0-89862-183-6 (англ.)

Оглавление

ЧАСТЬ I. ТЕОРИЯ И ПОНЯТИЯ

ЧАСТЬ II. ОБЗОР ТЕРАПИИ И ЕЕ ЦЕЛИ

ЧАСТЬ III. ОСНОВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

ЧАСТЬ IV. СТРАТЕГИИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСОБЫХ ЗАДАЧ

Содержание

ЧАСТЬ III. ОСНОВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Посвящается Джону О'Брайену, Элу Левенталю и Дику Гоуду.
Большинству лучших стратегий, описанных
в этой книге, я научилась у них.

Предисловие

Время от времени — очень редко в нашей сфере деятельности — появляются клинические инновации, которые приводят к прорыву в работе с пациентами. К таковым относится разработанная Маршей Лайнен когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Я познакомился с работой д-ра Лайнен почти десять лет назад — примерно в то время, когда она начинала проводить серию систематических научных экспериментов с целью установления эффективности своего подхода. Еще до того, как стали известны положительные результаты исследований, я был уверен, что д-р Лайнен стоит на пороге какого-то важного открытия. Было очень приятно наблюдать, как она совершенствовала свои методы, делая их все более всесторонними, практичными и применимыми к сфере охраны психического здоровья в целом.

Проблема, которой занимается д-р Лайнен, — пограничное расстройство личности — очень важна и масштабна, она представляет собой одну из труднейших клинических головоломок. Индивиды с пограничным расстройством личности страдают сами и причиняют страдания другим людям, зачастую самым мучительным и драматическим образом. Это чаще всего встречающийся в клинической практике вид расстройства личности, с самыми высокими показателями завершенного суицида и суицидальных попыток. С индивидами, соответствующими диагностическим критериям пограничного расстройства личности, чрезвычайно трудно работать. Зачастую они строптивы, непокорны, а в терапевтических отношениях склонны чрезмерно сокращать или, наоборот, увеличивать дистанцию. Они провоцируют сильный контрперенос у терапевта, который может либо обольщать пациенток, либо отталкивать их, или же бросаться из одной крайности в другую. "Пограничные" индивиды (какой ужасный термин; впрочем, нам не удалось найти ему достойную замену) также больше других склонны негативно реагировать на терапию. Нередко они пытаются покончить с собой или отвечают членовредительством на действительное или воображаемое отвержение их терапевтом (уход последнего в отпуск, вероятно, самый распространенный повод к этому). Зачастую они связывают терапевта по рукам и ногам, в результате каждая терапевтическая

интервенция представляется ему неправильной и жестокой. Обычно такая терапия сопровождается оскорблениями или приступом гнева и нередко заканчивается госпитализацией.

Клиницисты, которые в работе с пограничными индивидами стараются найти подходы к ним, нередко испытывают бессилие и дезориентацию. Некоторые клиницисты все надежды возлагают на обнаружение эффективного способа фармакотерапии. Однако до сих пор результаты в этой области были довольно неоднозначными. Нет определенного способа фармакотерапии нестабильности пограничных пациентов; а препараты (нейролептики, антидепрессанты, литий, карбомезапин), эффективно влияющие на сопутствующую симптоматику, дают побочные эффекты и осложнения. Другие клиницисты обратились к психотерапевтическим (особенно психодинамическим) стратегиям, разработанным для терапии пограничных индивидов. Однако и в этом случае результаты довольно неоднозначны, а сама терапия чревата побочными эффектами и осложнениями (особенно часты упомянутые выше явления переноса и контрпереноса). Вероятно, будет справедливым сказать, что терапия индивидов с пограничным расстройством личности представляет собой самую сложную и трудноразрешимую проблему для среднестатистического клинициста и среднестатистической психиатрической клиники или стационарного отделения. Все говорят о пограничном расстройстве личности, но создается впечатление, что никто не знает, как его лечить.

Никто, кроме д-ра Лайнен. Она соединила невероятно эмпатическое понимание внутреннего опыта пограничных индивидов и техник когнитивно-поведенческой терапии. Д-р Лайнен — творческий клиницист-новатор. Она проанализировала пограничное поведение, разложив его на компоненты, и разработала систематизированный и интегрированный подход к каждому из них. Ее методики ясны, доступны, исполнены здравого смысла как для терапевта, так и для пациента. Метод д-ра Лайнен значительно улучшил мой собственный подход к терапии пограничных индивидов и мое понимание этого расстройства. Не сомневаюсь, что благодаря этой книге изменится ваша практика и значительно повысится эффективность вашей работы с этими страдающими и нуждающимися в помощи людьми.

Аллен Франсес, д-р медицины

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо либо просто посетить наш Web-сервер и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг. Наши координаты:

E-mail: info@williamspublishing.com
WWW: http://www.williamspublishing.com

Информация для писем:

из России: 115419, Москва, а/я 783
из Украины: 03150, Киев, а/я 152

Благодарности автора

Эта книга и эта форма лечения — диалектическо-поведенческая терапия (ДПТ) — появились как плод усилий многих умов и сердец. Я испытала влияние многих моих коллег, студентов и пациентов и использовала немало их идей. Было бы невозможно ссылаться на каждого, кто внес свой вклад в эту книгу, но я все же хочу отдать дань признательности тем, чье влияние было самым значительным.

Во-первых, я узнала о многих составляющих ДПТ от людей, которые были моими собственными терапевтами и консультантами. К ним относятся люди, которым я посвятила эту книгу, — Ричард Гоуд, д-р медицины, Аллан Левенталь, д-р философии, Джон О'Брайен, д-р медицины, и Хелен Маклейн. Мне очень повезло, что я встретила таких прекрасных специалистов. Джеральд Дейвисон, д-р философии, и Мартин Гоулдфрид, д-р философии, были моими первыми наставниками в поведенческой терапии. Большую часть того, что я знаю о клинических методах изменения поведения, я узнала от них, и именно их влияние и идеи преобладают в моей книге. Сильное влияние на меня оказала и интернатура в Службе предотвращения самоубийств и психологического кризиса в Буффало. Джин Брокопп, д-р философии, что называется из воздуха создал для меня место интерна, в то время как все остальные мне отказывали. Большинство аспектов терапии, которую я разработала, представляют собой интеграцию методов предотвращения суицида и поведенческой терапии, с одной стороны, и моего опыта ученичества в дзэн — с другой. Большинству того, что я знаю о принятии, меня учил (и до сих пор учит) мой наставник дзэн, Виллигис Ягер, который также является монахом Ордена св. Бенедикта.

Большая часть моих теоретических построений относительно психотерапии и пограничного расстройства личности (ПРЛ) возникла благодаря тому неиссякаемому фонтану идей, который бьет на факультете психологии Вашингтонского университета. Не случайно многие из нас приходят к похожим идеям, работая в совершенно разных сферах. Самое сильное влияние на меня оказали идеи убежденного бихевиориста Роберта Коленберга, д-ра философии; работа о предотвращении

рецидивов, написанная Аланом Марлаттом, д-ром философии, и Джудит Гордон, д-ром философии; теории развития и клинические перспективы Джеральдин Доусон, д-ра философии, Джона Готтмана, д-ра философии, и Марка Гринберга, д-ра философии. Нил Джейкобсон, д-р философии, также развивал многие идеи ДПТ, особенно это касается стратегий принятия/изменения, и применял их в контексте супружеской терапии. Его творческие идеи (особенно контекстуализация принятия в радикальной поведенческой системе) повлияли на дальнейшее развитие ДПТ.

Ни один профессор не сможет добиться успеха без помощи ярких и способных студентов — беспокойных, сомневающихся, критикующих, предлагающих новые идеи. Ко мне это тоже относится. Келли Эган, д-р философии, моя первая ученица в докторантуре Вашингтонского университета, внесла немало творческих идей и вскрыла несостоятельность моих прежних, менее творческих идей. Мне посчастливилось сотрудничать с самой, возможно, лучшей группой докторантов и проводить ее супервизию: это Майкл Эддис, д-р философии, Беатрис Арамбуру, д-р философии, Алан Фурцетти, д-р философии, Барбара Грэхем, д-р философии, Келли Кернер, Эдвард Ширин, д-р философии, Эми Вагнер, Дженнифер Уолц и Элизабет Уоссон. Джейсон Мак-Кларг, д-р медицины, и Джинн Блаше, дипломированная медсестра, вместе с докторантами участвовали в клиническом семинаре для супервизоров. Поскольку они смотрели на ДПТ больше с точки зрения медицины, чем психологии, им удалось прояснить и дополнить некоторые положения, лежащие в ее основе. Хотя формально я учила их ДПТ, в действительности сама многому у них училась.

Когда я начала клинические испытания новой формы терапии, некоторые ее аспекты казались довольно спорными. Мой сотрудник и единомышленник Хью Армстронг, д-р философии, взял на себя борьбу с препятствиями. Его огромный личный и клинический авторитет в Сиэтле способствовал тому, что клиницисты решили дать нам шанс. Терапевты, проводившие исследования, — Дуглас Оллмон, д-р философии, Стив Кланси, д-р философии, Деки Фидлер, д-р философии, Чарльз Хаффин, д-р медицины, Карен Линднер, д-р философии, и Александра Суарез, д-р философии — подтвердили эффективность ДПТ и одновременно выявили многие недостатки ее первоначального варианта. Они создали группу, воплотившую дух диалектической стратегии. Успех клинических испытаний отчасти объясняется их способностью сострадать, сохранять душевное равновесие и не отклоняться от принципов ДПТ, даже находясь в эпицентре стрессогенных ситуаций. Моя исследовательская группа и мои сотрудники, с которыми я проработала долгие годы, — Джон Чайлз, д-р медицины, Хайди Херд, Андрэ Иванофф, д-р философии, Конни Керер, Джоан Локард, д-р философии, Стив Маккатчен, д-р философии, Эвелин Мерсье, Стив Нильсен, д-р философии, Керк Штрозаль, д-р философии, и Даррен Тутек — оказали неоценимую помощь и внесли много идей, которые способствовали формированию эмпирически обоснованного подхода к терапии ПРЛ. Не думаю, что смогла бы написать эту книгу, если бы не располагала эмпирическими доказательствами эффективности ДПТ. И я никогда не получила бы этих эмпирических данных без первоклассной исследовательской группы.

Мои пациенты часто интересуются, какие еще новые терапевтические методы я буду на них испытывать. Они годами проявляли чудеса терпения, позволяя мне

экспериментировать с ДПТ. Они вдохновили меня своим мужеством и стойкостью. В условиях, в которых многие другие люди не выдержали бы и сдались, ни один из моих пациентов не сдался и не отступил. Они очень любезно указывали мне на мои ошибки, достижения и давали советы по улучшению терапии. Самое замечательное в терапии пограничных пациентов в том, что при работе с ними чувствуешь себя так, словно в кабинете постоянно присутствует твой супервизор. Мои пациенты и вправду были очень хорошими и благожелательными супервизорами.

Среди моих друзей много терапевтов, которые принадлежат скорее к психодинамической школе, нежели когнитивно-поведенческой. Некоторые из них дали мне пищу для размышлений и способствовали появлению этой книги. Чарльз Свенсон, д-р медицины, психиатр Корнелльского медицинского центра в Уайт-Плейнс, имел мужество применить ДПТ в стационарном отделении клиники, использующей сугубо психодинамические методы. Мы потратили уйму времени, обсуждая техническую сторону этого нововведения и пути преодоления проблем. Эти дискуссии способствовали гораздо более отчетливому определению ДПТ. Джон Кларкин, д-р философии, и Отто Кернберг, д-р философии, провели сравнительное исследование ДПТ и подхода Кернберга и направили мои мысли в то русло, которое я, возможно, не хотела замечать, а также помогли мне прояснить свою позицию в других отношениях. С Салли Паркс, д-ром медицины, аналитиком юнгианской школы и моей подругой, мы в течение многих лет обсуждали юнгианские и бихевиористические идеи, и многие мои мысли относительно терапии родились именно в этих дебатах. Наконец, моя старая подруга, Северн Фишер, д-р медицины, одна из лучших терапевтов, которых я знаю, выслушивала мои идеи и делилась своими соображениями о проблемах пограничных пациентов.

Окончательная версия написана в Великобритании, когда я была в творческом отпуске в Исследовательском центре прикладной психологии при Кембриджском университете. Мои английские коллеги — Дж. Марк Вильямс, д-р философии, Джон Тиздейл, д-р философии, Филип Барнард, д-р философии, и Эдна Фоу, д-р философии — критиковали многие мои идеи и предложили новые. Кэролайн Манси спасла меня от умопомешательства, снова и снова перепечатывая текст будущей книги. Лесли Хортон, мой секретарь по исследовательскому проекту, также заслуживает огромной благодарности за организацию моего времени и систематизацию материалов.

Хочу поблагодарить научного редактора моих книг Аллена Франсеса, д-ра медицины, за его строгую критику и настойчивые рекомендации придерживаться практического подхода, насколько это возможно. Он обеспечил диалектическую альтернативу той “башне из слоновой кости”, в которой я подчас уединяюсь для работы. Заинтересованность в этой работе во многом объясняется его многолетней вдохновенной поддержкой. Мой брат, В. Марстон Лайнен, д-р медицины, который тоже занимается научными изысканиями, постоянно призывал меня “смотреть на результат”, благодаря чему я смогла завершить эту книгу. Он и его жена, Трейси Руо, д-р медицины, а также моя сестра, Алин Хейнз, долгие годы оказывали мне неоценимую помощь.

Подготовка материалов, вошедших в эту книгу, частично поддерживалась грантом №MH34486 Национального института психического здоровья.

Морис Парлофф, д-р философии, Айрин Элкин, д-р философии, Барри Вулф, д-р философии, и Трейси Шей, д-р философии, лелеяли эту работу и боролись за нее с самого начала, и заслуживают сердечной благодарности за успех исследования, на котором основывается ДПТ.

Хотя и в последнюю очередь, но не меньшая благодарность редактору текста Мари Спрейберри. Она творила чудеса, систематизируя и уточняя структуру этой книги, и с ангельским терпением ждала, пока я одумаюсь и признаю ее правоту при возникающих разногласиях.

I

Теория и понятия

1

Пограничное расстройство личности: понятия, полемика, определения

В последние годы резко повысился интерес к пограничному расстройству личности (ПРЛ). Такое внимание объясняется по меньшей мере двумя факторами. Во-первых, психиатрические клиники и кабинеты частных психологов и психиатров переполнены клиентами, у которых наблюдаются симптомы ПРЛ. Эти симптомы проявляются примерно у 11% амбулаторных пациентов и 19% психически больных, находящихся на стационарном лечении. Среди пациентов [1], страдающих различными формами расстройств личности, симптомы ПРЛ наблюдаются у 33% амбулаторных и 63% госпитализированных больных (см. *Widiger & Frances, 1989*). Во-вторых, существующие подходы к терапии отчаянно нуждаются в совершенствовании. Результаты наблюдений за прошедшими терапию пациентами показывают, что степень их первоначальной дисфункции может быть крайне выраженной; что для заметного клинического улучшения требуется долгое время — многие годы; что в течение многих лет после первичной диагностики у пациентов наблюдается лишь незначительное улучшение (*Carpenter, Gunderson, & Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen, & Gunderson, 1983; McGlashan, 1986a, 1986b, 1987*). Людей с ПРЛ так много, что каждому практикующему психиатру приходится иметь дело по меньшей мере с одним таким пациентом. Пограничное расстройство личности становится причиной очень серьезных проблем и глубоких страданий. Это расстройство трудно поддается лечению. Не удивительно поэтому, что многие клиницисты, когда дело касается ПРЛ, чувствуют себя неуверенно и пытаются найти терапевтический метод, который гарантировал бы хоть какое-то облегчение симптомов пациентов.

Представляет интерес тот факт, что поведенческие паттерны*, которые чаще всего соответствуют диагнозу "пограничное расстройство личности" — умышленное членовредительство и суицидальные попытки, — более или менее игнорировались при определении предмета терапии. Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*) выдвинул предположение, что данные паттерны могут претендовать на роль "поведенческой особенности" пациентов с пограничным расстройством личности. Эмпирические данные говорят в пользу такого мнения: от 70 до 75% людей с пограничным расстройством личности совершили по меньшей мере один акт членовредительства (*Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmor, 1983; Cowdry, Pickar, & Davis, 1985*). Степень серьезности нанесенных себе увечий может быть различной: от царапин, ушибов и сигаретных ожогов, не требующих медицинской помощи, до химического отравления, проникающих ранений и удушения, которые опасны для жизни и требуют помещения пациента в реанимацию. Суицидальное поведение пациентов с ПРЛ также не всегда безобидно. Процент самоубийц среди людей с пограничным расстройством может варьироваться, но в среднем составляет около 9% (*Stone, 1989; Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Kroll, Carey, & Sines, 1985*). Исследование (*Stone, 1989*) показало, что за период от десяти до двадцати трех лет после выписки среди больных, у которых присутствовали все восемь симптомов пограничного расстройства** (согласно *DSM-III*), число самоубийств составило 36%, а среди индивидов, симптомы которых соответствовали пяти–семи диагностическим критериям ПРЛ, самоубийство совершили 7%. Среди больных с историей парасуицидального поведения процент самоубийств оказался в

---

* От англ. *pattern* — повторяющийся узор, орнамент, выкройка. — *Примеч. ред.*

** Ниже приводятся упомянутые симптомы пограничного расстройства личности (источник: Каплан Г.И., Сэдок Б Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1, с. 655-656):

1. паттерн нестабильных и интенсивных интерперсональных отношений, которые характеризуются экстремальными колебаниями между чрезмерной идеализацией и чрезмерной недооценкой;
2. импульсивность по меньшей мере в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например трата денег, секс, наркомания, воровство, неосторожное вождение машины, кутежи (не включаются суицидальное или самоповреждающее поведение, упомянутое в пункте 5);
3. аффективная нестабильность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения к депрессии, раздражительность, тревога, обычно продолжающиеся несколько часов и только редко более нескольких дней;
4. неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом, например, часто обнаруживает вспыльчивость, постоянную злобу, нападает на других;
5. повторные суицидальные угрозы, жесты или поведение, или же самоповреждающее поведение;
6. выраженное и постоянное нарушение идентификации, проявляющееся неуверенностью по меньшей мере в 2 из следующих: самооценке или образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке долговременных целей и выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, предпочитаемых ценностях;
7. хроническое ощущение пустоты или скуки;
8. неистовые попытки избежать реального или воображаемого ужаса быть покинутым (не включает суицидальное или самоповреждающее поведение, отмеченные в пункте 5). — *Примеч. ред.*

два раза больше, чем у индивидов с ПРЛ, не проявлявших парасуицидальных паттернов. Хотя ученые уделяют много внимания как суицидальному и парасуицидальному поведению, так и пограничному расстройству личности, что отражено в многочисленной специальной литературе, изучение двух этих сфер проходит изолированно.

У индивидов, которые умышленно наносят себе вред или пытаются покончить с собой, и больных, страдающих ПРЛ, наблюдается некоторое количество схожих характеристик, которые я опишу ниже в этой же главе. Одно совпадение привлекает особое внимание: большую часть индивидов, занимающихся умышленным членовредительством (без смертельного исхода), и большую часть индивидов, поведение которых соответствует диагностическим критериям ПРЛ, составляют женщины. Т. Видигер и А. Франсес (*Widiger & Frances, 1989*), проработав результаты тридцати восьми исследований, обнаружили, что среди пациентов с симптомами ПРЛ 74% женщин. Подобным образом среди женщин чаще наблюдается намеренное членовредительство (*Bancroft & Marsack, 1977; Bogard, 1970; Greer, Gunn, & Koller, 1966; Henkoff, 1979; Paerregaard, 1975; Schneidman, Faberow, & Litman, 1970*). Еще одна демографическая параллель, которую необходимо отметить, — зависимость как ПРЛ, так и намеренного членовредительства от возрастной категории. Примерно 75% всех случаев умышленного членовредительства без летального исхода совершаются индивидами от восемнадцати до сорока пяти лет (*Greer & Lee, 1967; Paerregaard, 1975; Tuckman & Youngman, 1968*). Пациенты с пограничным расстройством личности также принадлежат к более молодой возрастной категории (*Akhtar, Byrne, & Doghramji, 1986*), среди индивидов средних лет интенсивность и распространенность симптомов ПРЛ снижается (*Paris et al., 1987*). Эти демографические совпадения, вместе с другими сходными характеристиками, которые будут обсуждаться ниже, повышают вероятность следующего вывода: научные исследования двух упомянутых выше категорий пациентов, хотя и проводились независимо друг от друга, фактически изучали разные аспекты одной проблемы; обе категории пациентов имеют общее ядро. К сожалению, большинство исследований суицидального поведения не включают диагнозов оси II* *DSM*.

В данной работе описывается интегративная когнитивно-поведенческая терапия, диалектико-поведенческая терапия, разработанная и применяемая для женщин, у которых не только наблюдаются симптомы ПРЛ, но и имеется история множественных актов нелетального суицидального поведения. Возможно, разработанная мной теория и описанная в этой книге и "Руководстве по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности" терапевтическая программа может эффективно использоваться также для работы с мужчинами и несуицидальными пациентами с ПРЛ. Однако читателю с самого начала необходимо понять, что эмпирическая база, демонстрирующая эффективность предлагаемого лечения, ограничивается женщинами с ПРЛ и историей хронического парасуицидального поведения (намеренное членовредительство, включая суицидальные попытки). Поэтому под словом "пациент" я, как правило, имею в виду пациента-женщину. Вероятно, больные именно этой категории имеют самые серьезные проблемы;

---

* Ось II включает отклонения в развитии личности, в том числе умственную ретардацию, специфические нарушения развития (особенно те, которые ведут к деформации личности), личностные нарушения. — *Примеч. ред.*

несомненно, что именно эта категория больных с ПРЛ составляет большинство. Схема терапии отличается гибкостью и меняется в зависимости от состояния пациента. Поэтому вполне возможно, что данная программа может быть эффективной для лечения больных с менее серьезными проблемами. Однако подобное применение в настоящий момент было бы основано на предположениях, а не доказанных эмпирических фактах.

Понятие пограничного расстройства личности

Определения: четыре подхода к формулировке

Формальное понятие ПРЛ представляет собой относительно новое явление в психопатологии. Оно не входило в диагностические и статистические руководства по психическим расстройствам (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM*), опубликованные Американской психиатрической ассоциацией до 1980 года, пока не появилось очередное переработанное издание — *DSM-III*. Хотя существование констелляции характерных особенностей, составляющих данную диагностическую категорию, было признано гораздо раньше, современный интерес к ней объясняется недавно приобретенным официальным статусом. Обретение этого статуса было сопряжено с многочисленными разногласиями и полемикой. Понятие пограничного расстройства личности получило место в "официальной" терминологии и диагностической классификации благодаря как компромиссу, так и влиянию эмпирических данных. Самым, возможно, спорным моментом было использование слова "пограничное" для присвоения данному расстройству официального названия. Этот термин долгое время был популярен среди представителей психоанализа. Впервые его использовал Адольф Штерн в 1938 году, чтобы описать проходящих амбулаторное лечение больных, которым не приносил пользы классический психоанализ и которые явно не вписывались в категории стандартных на то время психиатрических категорий "невротических" или "психотических" пациентов. В тот период психопатология осмысливалась в рамках континуума от "нормального" до "невротического" и "психотического". Штерн квалифицировал расстройства своих пациентов как "пограничную группу неврозов". Долгое время после этого данный термин широко употреблялся психоаналитиками для описания пациентов, которые, несмотря на серьезные дисфункции, не вписывались в рамки существующих диагностических категорий и не поддавались общепринятым аналитическим методам. Различные теоретики рассматривали данное расстройство как феномен на границе между неврозом и психозом (*Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Kernberg, 1975*), шизофренией и не-шизофренией (*Noble, 1951; Ekstein, 1955*), нормой и патологией (*Rado, 1956*). В табл. 1.1 приводятся ранние определения термина "пограничный". В течение многих лет этот термин употреблялся психоаналитиками для обозначения как определенной структуры личностной организации, так и промежуточного уровня нарушения личностного функционирования. Последнее значение термина "пограничный" очевидно.

Таблица 1.1. Пограничные состояния: первые определения и связи между ними

А. Штерн (*Stern, 1938*)

1. Нарциссизм — одновременно идеализация и презрительное уничижение аналитика, а также других значимых лиц в прошлом.
2. Психическое кровотечение — бессилие в кризисных ситуациях; летаргия; тенденция уступать и сдаваться.
3. Выраженная гиперсензитивность — обостренное реагирование на умеренную критику или отвержение, настолько сильное, что напоминает паранойю, но недостаточное для явного бредового расстройства.
4. Психическая и телесная ригидность — напряжение и оцепенелость, явно заметные для постороннего наблюдателя.
5. Негативные терапевтические реакции — некоторые интерпретации аналитика, которые должны способствовать терапевтическому процессу, воспринимаются отрицательно или как проявления безразличия и неуважения. Возможны депрессия, вспышки ярости; иногда имеют место суицидальные жесты.
6. Конституциональное чувство неполноценности — наблюдается меланхолия или инфантильный тип личности.
7. Мазохизм, часто сопровождающийся глубокой депрессией.
8. Органическая незащищенность — явно конституциональная неспособность переносить сильный стресс, особенно в межличностной сфере.
9. Проективные механизмы — выраженная тенденция к экстериоризации*, которая подчас ставит индивида на грань бредовых идей.
10. Затруднения при проверке реальности — повреждены эмпатические механизмы восприятия других индивидов. Нарушена способность создавать адекватный и реалистический целостный образ другого индивида на основе частичных репрезентаций.

Х. Дойч (*Deutsch, 1942*)

1. Деперсонализация, которая не враждебна для "Я" пациента и не беспокоит его.
2. Нарциссическая идентификация с другими индивидами, которая не ассимилируется "Я", но периодически проявляется через "отыгрывание вовне".
3. Полностью сохранное восприятие реальности.
4. Бедность объектных отношений и тенденция к заимствованию качеств другого человека как средство сохранения любви.
5. Маскировка всех агрессивных тенденций пассивностью, напускным дружелюбием, которое легко сменяется злонамеренностью.
6. Внутренняя пустота, которую пациент хочет заполнить, присоединяясь к различным социальным или религиозным группам, — независимо от того, близки принципы и доктрины этих групп или нет.

М. Шмидеберг (*Schmideberg, 1947*)

1. Не выносят однообразия и постоянства.
2. Склонны нарушать многие традиционные социальные правила.
3. Часто опаздывают на психотерапевтические сеансы, неаккуратно их оплачивают.
4. Неспособны переключаться на другие темы во время психотерапевтических сеансов.
5. Характеризуются низкой мотивацией к терапии.
6. Неспособны к осмыслению своих проблем.
7. Ведут неупорядоченную жизнь, в которой постоянно случаются ужасные происшествия.
8. Совершают мелкие преступления (если не обладают значительным состоянием).
9. Испытывают трудности в установлении эмоциональных контактов.

---

* Экстериоризация (от лат. *exterior* — наружный, внешний) — в психиатрии: установление индивидом причинно-следственной связи между своими "неправильными", "порочными" поступками (которые подвергаются интрапсихической переработке и вызывают своеобразные комплексные переживания чувства вины) и последующими психопатологическими феноменами (обвиняющие галлюцинации, бредовые идеи греховности, самообвинения). — *Примеч. ред.*

Таблица 1.1 (окончание)

С. Радо (*Rado, 1956*) ("экстрактивное расстройство")

1. Нетерпеливость и непереносимость фрустрации.
2. Вспышки ярости.
3. Безответственность.
4. Возбудимость.
5. Паразитизм.
6. Гедонизм.
7. Приступы депрессии.
8. Аффективный голод.

Б. Эссер и С. Лессер (*Esser & Lesser, 1965*) ("истероидное расстройство")

1. Безответственность.
2. Беспорядочная история профессиональной занятости.
3. Хаотические и неудовлетворительные отношения, которые никогда не становятся глубокими или длительными.
4. История эмоциональных проблем в раннем детстве и нарушение вошедших в привычку поведенческих паттернов (например, энурез в зрелом возрасте).
5. Хаотическая сексуальность, часто с комбинацией фригидности и промискуитета.

Р. Гринкер, Б. Вербль и Р. Драй (*Grinker, Werble, & Drye, 1968*)

Общие характеристики всех пограничных индивидов.
1. Гнев как преобладающий или единственный тип аффекта.
2. Дефектность аффективных (межличностных) отношений.
3. Нарушение самоидентичности.
4. Депрессия как характерный аспект жизни.

Подтип I: на грани психоза

Неадекватное, неадаптивное поведение.
Неполноценное ощущение реальности и самоидентичности.
Негативное поведение и несдерживаемый гнев.
Депрессия.

Подтип II: основной пограничный синдром

Неровные межличностные отношения.
Несдерживаемый гнев.
Депрессия.
Непоследовательная самоидентичность.

Подтип III: адаптивный, безаффектный, мнимо защищенный

Поведение адаптивное, адекватное.
Комплементарные межличностные отношения.
Низкий уровень аффекта, недостаточная спонтанность.
Защитные механизмы отчуждения и интеллектуализации.

Подтип IV: на грани невроза

Анаклитическая депрессия.
Тревожность.
Близость к невротическому, нарциссическому характеру.

Примечание. Приведено по: *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation*, by M. H. Stone, 1980, New York: McGraw-Hill. © 1980 by McGraw-Hill. Адаптировано с разрешения.

Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*) выделяет четыре относительно выраженных клинических феномена, объясняющих многолетнее внимание психоаналитиков к пограничным расстройствам. Во-первых, некоторые пациенты, функциониро-

зание которых кажется вполне нормальным, особенно при проведении структурированных психологических тестов, в ходе неструктурированных экспериментов продемонстрировали дисфункциональные стили мышления, или, выражаясь психоаналитическими терминами, "первобытное мышление". Во-вторых, довольно многочисленная группа индивидов, которые поначалу казались вполне подходящими для психоанализа, плохо поддавалась этой форме психиатрического лечения. Во многих случаях требовалось прекращение психоанализа и госпитализация [2]. В-третьих, была выделена группа пациентов, у которых, в отличие от большинства других пациентов, поддерживающие терапевтические программы вызывали поведенческие ухудшения. Также показательно, что сами эти индивиды вызывали сильный гнев и чувство беспомощности у той части лечащего персонала, которая имела с ними дело. В совокупности эти факты свидетельствуют о существовании особой категории пациентов, которые, несмотря на положительный прогноз, не поддаются традиционным формам терапии. В ходе психотерапии в эмоциональном состоянии как пациентов, так и терапевтов наблюдалось ухудшение.

Неоднородный состав "пограничной" категории способствовал выработке других понятийных систем для организации поведенческих синдромов и этиологических теорий, связанных с данным термином. В отличие от единого континуума, предлагаемого психоаналитической школой, биологически ориентированные теоретики пользовались мультивекторной системой для определения ПРЛ. С их точки зрения, расстройство представляет собой совокупность клинических синдромов, каждый из которых обладает индивидуальной этиологией, течением и результатом. М. Стоун (*Stone, 1980, 1981*), проведя масштабный обзор литературы по этой проблеме, пришел к заключению, что по своим клиническим характеристикам, семейной истории пациентов, терапевтическим реакциям и биологическим маркерам данное расстройство соответствует нескольким основным расстройствам оси I* *DSM*. Стоун предлагает, в частности, три пограничных подкатегории: относящуюся к шизофрении, относящуюся к аффективному расстройству и относящуюся к органическим нарушениям головного мозга. Каждый из этих подтипов может иметь проявления в диапазоне от "выраженного" до более умеренных форм, которые хуже поддаются идентификации. Именно по отношению к последним применяется термин "пограничные" (*Stone, 1980*). В последние годы в научной литературе просматривается тенденция к осмыслению пограничного синдрома как части континуума аффективных расстройств (*Gunderson & Elliot,* 1985), хотя накапливающиеся эмпирические данные делают такую позицию сомнительной.

Третий подход к осмыслению феномена пограничных расстройств получил название "эклектично-описательного" (*Chatham, 1985*). Данный подход, в настоящее время воплощенный прежде всего в *DSM-IV* (Американская психиатрическая ассоциация, 1991) и работе Дж. Гандерсона (*Gunderson, 1984*), основан на дефинитивном использовании наборов пограничных диагностических критериев. Определяющие характеристики были выработаны в основном общими усилиями ученых, однако в настоящее время ведется работа по совершенствованию определений эмпирических данных. Например, критерии Дж. Гандерсона (*Gunderson & Kolb, 1978; Kolb & Austin, 1981*) поя-

* Ось I включает клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. — *Примеч. ред.*

вились как результат обзора научно-исследовательской литературы и переработки шести признаков, характерных, по мнению большинства исследователей, для пациентов с ПРЛ. М. Занарини, Дж. Гандерсон, Ф. Франкенбург и Д. Чонси (*Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989*) недавно пересмотрели свои критерии ПРЛ, чтобы добиться более четкого эмпирического контраста между пограничным расстройством личности и другими диагностическими категориями оси II *DSM*. Однако даже в этой последней версии основания выбора новых критериев четко не определены; они базируются скорее на клинических признаках, чем выводах из эмпирических данных. Подобным образом критерии ПРЛ, которые вошли в *DSM-III*, *DSM-III-R* и, наконец, *DSM-IV**, были определены в результате достигнутого консенсуса членами комиссии, сформированной Американской психиатрической ассоциацией. Эти критерии возникли на основе совмещения различных направлений теоретической ориентации членов комиссии, данных о практическом использовании термина "пограничное расстройство личности", а также эмпирических данных, имеющихся на тот момент. Последние критерии для определения ПРЛ, которые вошли в *DSM-IV* и "Диагностическое интервью для пограничных пациентов, переработанное и исправленное издание" (*Diagnostic Interview For Borderlines, Revised, — DIB-R*), приводятся в табл. 1.2.

Таблица 1.2. Диагностические критерии ПРЛ

DSM-IV[a]

1. Неистовые попытки избежать реальной или воображаемой угрозы быть покинутым (не включает суицидальное поведение или членовредительство, отмеченные в п. 5).
2. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, которые характеризуются переходом от одной крайности к другой, от идеализации к пренебрежению и наоборот.
3. Нарушения идентичности: устойчивые либо выраженные нарушения, искажения или нестабильность образа себя или чувства "Я" (например, восприятие себя как несуществующего или как воплощение зла).
4. Импульсивность по меньшей мере в двух областях, которые являются потенциально самодеструктивными, например транжирство, беспорядочные половые связи, алкоголизм и/или наркомания, воровство, превышение скорости вождения автомобиля, кутежи (не включает суицидальное поведение или членовредительство, которые относятся к п. 5).
5. Повторные суицидальные угрозы, жесты, поведение или членовредительство.
6. Аффективная нестабильность: выраженная реактивность настроения (например, интенсивная эпизодическая дисфория**, раздражительность или тревога, которые обычно длятся несколько часов и только изредка несколько дней).
7. Хроническое чувство опустошенности.
8. Неадекватный сильный гнев или отсутствие контроля над своим гневом (например, частые проявления вспыльчивости, постоянная озлобленность, повторяющаяся физическая агрессия).
9. Преходящие, тяжелые, связанные со стрессом диссоциативные симптомы или параноияльная идеация.

---

* Последней редакцией "Диагностического и статистического руководства по психическим болезням" является DSM-IV-TR (2000). — *Примеч. ред.*

** Дисфория (греч. *dysphoria* — раздражение, досада) — расстройство настроения. Преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоциональное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенностью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. — *Примеч. ред.*

Таблица 1.2 (окончание)

DIB-R[b]

Аффективная сфера

1. Хроническая/общая депрессия.
2. Хроническое чувство беспомощности/безнадежности/никчемности/вины.
3. Хронический гнев и/или частые внешние проявления гнева.
4. Хроническая тревога.
5. Хроническое чувство одиночества/скуки/пустоты.

Когнитивная сфера

1. Необычное мышление/восприятие.
2. Небредовые паранойяльные переживания.
3. Квазипсихотические переживания.

Сфера импульсивных паттернов действий

1. Злоупотребление алкоголем/наркотиками и/или алкогольная/наркотическая зависимость.
2. Сексуальные девиации.
3. Членовредительство.
4. Суицидальные попытки манипулятивного характера.
5. Другие паттерны импульсивного поведения.

Сфера межличностных отношений

1. Непереносимость одиночества.
2. Страх оставления/поглощения/уничтожения.
3. Протест против зависимости и/или серьезный конфликт, вызванный помощью или заботой.
4. Бурные отношения.
5. Зависимость/мазохизм.
6. Пренебрежение/манипулятивность/садизм.
7. Требовательность и/или выпячивание собственных прав.
8. Терапевтическая регрессия.
9. Проблемы контртрансфера и/или "особые" терапевтические отношения.

[a] Взято из: DSM-IV Options Book: Work in Progress 9/1/91 by the Task Force on DSM-IV, American Psychiatric Association, 1991, Washington, DC. © 1991 by the American Psychiatric Association. Перепечатано с разрешения.

[b] Взято из: "The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders" by M. C. Zanarini, J .G. Gunderson, F .R. Frankenburg, and D. L. Chauncey, 1989, *Journal of Personality Disorders*, 3 (1), 10–18. © 1989 by Guilford Publications, Inc. Перепечатано с разрешения.

Четвертый подход к осмыслению пограничных состояний, основанный на биосоциальной теории научения, предложил Т. Миллон (*Millon, 1981, 1987a*). Миллон — один из самых последовательных противников использования термина "пограничный" для описания соответствующего расстройства личности. Вместо этого он предложил термин "циклоидная личность", подчеркивая поведенческую и эмоциональную нестабильность, которую он считает существенным признаком данного расстройства. С точки зрения Миллона, модель пограничной личности рассматривается как результат ухудшения состояния предыдущих, менее патологических личностных паттернов. Он подчеркивает различия в клинических историях пациентов и предполагает, что индивиды приходят к ПРЛ различными путями.

Концепция, которую я представляю в этой книге, также основана на биосоциальной теории и во многом перекликается с концепцией Миллона. Мы оба подчеркиваем важность взаимодействия биологических и социальных факторов научения, влияющих на индивида, для этиологии ПРЛ. В отличие от Миллона, я не разработа-

ла собственного определения пограничного расстройства личности. Однако я систематизировала некоторое количество поведенческих паттернов, относящихся к определенной категории пограничных индивидов (имеющих историю множественных попыток членовредительства или суицида). Эти модели подробно рассматриваются в главе 3, а также кратко описываются в табл. 1.3 с целью общего ознакомления.

Таблица 1.3. Поведенческие паттерны при ПРЛ

1. *Эмоциональная уязвимость.* Паттерн значительных трудностей при регулировании отрицательных эмоций, включая высокую чувствительность к негативным эмоциональным раздражителям и медленное возвращение к обычному эмоциональному состоянию, а также осознание и ощущение собственной эмоциональной уязвимости. Может включать тенденцию к обвинению социального окружения за нереалистические ожидания и требования.
2. *Самоинвалидация.* Тенденция игнорировать или не признавать собственные эмоциональные реакции, мысли, представления и поведение. Предъявляются к себе нереалистично высокие стандарты и ожидания. Может включать сильный стыд, ненависть к себе и направленный на себя гнев.
3. *Продолжающийся кризис.* Модель частых стрессогенных, негативных средовых событий, срывов и препятствий, часть из которых возникают в результате дисфункционального стиля жизни индивида, неадекватного социального окружения или случайных обстоятельств.
4. *Подавленные переживания.* Тенденция к подавлению и чрезмерному контролю негативных эмоциональных реакций — особенно тех, которые ассоциируются с горем и потерями, включая печаль, гнев, чувство вины, стыд, тревогу и панику.
5. *Активная пассивность.* Тенденция к пассивному стилю решения межличностных проблем, включая неспособность к активному преодолению трудностей жизни, зачастую в комбинации с энергичными попытками привлечь к решению собственных проблем членов своего окружения; выученная беспомощность*, безнадежность.
6. *Воспринимаемая компетентность.* Тенденция индивида казаться более компетентным, чем он есть на самом деле; обычно объясняется неспособностью к генерализации характеристик настроения, ситуации и времени; также неспособность демонстрировать адекватные невербальные сигналы эмоционального дистресса.

В целом ни теоретики поведенческой школы, ни представители когнитивной парадигмы не предложили определений либо диагностических категорий дисфункциональных поведенческих паттернов, которые принципиально отличались бы от категорий, описанных в данной книге. Это объясняется прежде всего интересом бихевиористов к дедуктивным** теориям личности и ее организации, а также их тяготением к осмыслению и лечению поведенческих, когнитивных и аффективных явлений, относящихся к различным расстройствам, но не "расстройств" как таковых. Когнитивные теоретики, однако, выработали этиологические формулировки пограничных поведенческих паттернов. Эти ученые рассматривают ПРЛ как результат дисфункциональных когнитивных схем, сформированных на ранних этапах жизни. Теории строгой когнитивной ориентации во многих отношениях подобны психоаналитическим теориям с когнитивным уклоном. Важнейшие теоретические направления в отношении феноменологии ПРЛ кратко описаны в табл. 1.4.

* Выученная беспомощность — термин, введенный М. Селигманом и его сотрудниками; означает отсутствие у индивида мотивации реагировать действием в ситуациях, где существует реальная возможность улучшения положения. — *Примеч. ред.*

** Дедуктивный (метод) — способ исследования, при котором частные положения логически выводятся из общих положений. — *Примеч. ред.*

Диагностические критерии: реорганизация

Критерии ПРЛ, как мы выяснили, отражают паттерн поведенческой, эмоциональной и когнитивной нестабильности и дисрегуляции. Подобные проблемы можно объединить в несколько категорий, которые приводятся в табл. 1.5. Я несколько реорганизовала обычные критерии, но если вы сравните пять категорий, которые я опишу ниже, и критерии *DSM-IV* и *DIB-R* (табл. 1.2), то заметите, что реорганизация не повлияла на определения диагностических критериев.

Во-первых, индивиды с ПРЛ обычно страдают от эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональные реакции характеризуются высокой реактивностью; основные проблемы индивида с ПРЛ — эпизодическая депрессия, тревога, раздражительность, а также гнев и его проявления. Во-вторых, индивиды с ПРЛ часто страдают от дисрегуляции межличностных отношений. Их отношения с другими людьми могут быть хаотическими, напряженными или сложными. Несмотря на эти проблемы, пациентам с пограничным расстройством личности зачастую чрезвычайно трудно разрывать отношения; вместо этого они могут прилагать невероятные усилия для того, чтобы удержать значимых для них индивидов рядом с собой. Мой личный опыт показывает, что люди с ПРЛ в большинстве случаев вполне успешны в рамках стабильных, позитивных отношений, но терпят неудачу в других условиях.

В-третьих, индивиды с ПРЛ демонстрируют паттерны поведенческой дисрегуляции, о чем свидетельствует чрезвычайное и проблемное импульсивное поведение, а также суицидальное поведение. Попытки членовредительства и самоубийства — обычное явление среди этой категории пациентов. В-четвертых, у индивидов с ПРЛ наблюдается периодическая когнитивная дисрегуляция. Кратковременные, непсихотические формы дисрегуляции мышления, включая деперсонализацию, диссоциацию и бредовые состояния, иногда возникают вследствие стрессогенных ситуаций и, как правило, исчезают, когда стресс проходит. Наконец, распространена дисрегуляция чувства "Я". Индивиды с ПРЛ нередко утверждают, что они совсем не ощущают своего "Я", жалуются на чувство пустоты и не знают, кто они. Фактически ПРЛ можно считать распространенным расстройством как регуляции, так и самовосприятия, — концепция, предложенная Дж. Гротштейном (*Grotstein, 1987*).

Внесенные мной изменения подтверждаются интересными данными, собранными Стивеном Хертом, Джоном Кларкиным и их коллегами (*Hurt et al., 1990; Clarkin, Hurt, & Hull, 1991*; см. обзор в: *Hurt, Clarkin, Munroe-Blum, & Marziali, 1992*). Используя иерархический кластерный анализ восьми диагностических критериев *DSM-III*, ученые выявили три кластера критериев: кластер идентичности (хроническое чувство опустошенности или скуки, проблемы идентичности, невыносимость одиночества); аффективный кластер (лабильный аффект, нестабильные межличностные отношения, сильный и неадекватный гнев) и кластер импульсивности (членовредительство, суицид и импульсивное поведение). Когнитивная дисрегуляция в этих результатах не выделяется, поскольку кластеризация была основана на критериях *DSM-III*, не включающих когнитивную нестабильность как один из симптомов ПРЛ.

Для диагностики ПРЛ имеется ряд методик. Исследовательская методика, которая использовалась чаще всего, — первая версия *DIB*, разработанная Дж. Гандерсоном и его коллегами (*Gunderson et al., 1981*); недавно появилась переработанная и

Таблица 1.4. Основные концепции ПРЛ

	Аспекты	Психоаналитический подход	Биологический подход	Эклектичный подход	Биосоциальный подход	Когнитивный подход
1.	Ведущие теоретики	Адлер, Кернберг, Мастерсон, Мейсснер, Ринзли	Акискал, Адрулонис, Коудри, Гарднер, Хох, Казанин, Д. Кляйн, Кети, Полатин, Солофф, Стоун, Уэндер	Франсес, Гринкер, Гандерсон, *DSM-III*, *DSM-III-R*, *DSM-IV*	Лайнен, Миллон, Тернер	Бек, Претцер, Янг
2.	Что подразумевает понятие "пограничный"	Психоструктурный уровень или психодинамический конфликт	Умеренная выраженность какого-либо расстройства	Специфическое расстройство личности	Специфическое расстройство личности	Специфическое расстройство личности
3.	Данные, на основе которых устанавливается диагноз	Симптомы, выведенные логическим путем внутрипсихические структуры, перенос	Клинические симптомы, история наследственности, терапевтические реакции и биологические индикаторы	Комбинация симптомов и поведенческих наблюдений, данные психодинамического и психологического тестирования (*WAIS**, тест Роршаха)	Поведенческое наблюдение, структурированное интервью, поведенчески значимые тестовые данные	Поведенческое наблюдение, структурированное интервью, поведенчески значимые тестовые данные
4.	Этиология расстройства	Воспитание, природа, предопределение**	Природа***	Не уточняется	Воспитание, природа	Воспитание
5.	Состав групп пограничных индивидов	Гомогенный: внутрипсихическая структура Гетерогенный: описательные симптомы	Гетерогенный: вся выборка Гомогенный: каждый подтип	Гетерогенный	Гетерогенный	Не уточняется
6.	Важность выделения диагностических подтипов	Не представляет важного значения (кроме У. Мейсснера)	Важное значение	Довольно важное значение	Важное значение	Не уточняется
7.	Основания выделения подтипов	—	Этиология	Р. Гринкер и Дж. Гандерсон: клинические основания; *DSM*: клинические и этиологические основания	Поведенческие паттерны	Не уточняется
8.	Рекомендуемая терапия	Модифицированный психоанализ, конфронтационная психотерапия	Химиотерапия	Не уточняется	Модифицированная поведенческая/ когнитивно-поведенческая терапия	Модифицированная когнитивная терапия

Примечание. Приведено из: *Treatment of the Borderline Personality* by P. M. Chatham, 1985, New York: *Jason Aronson*. © 1985 by *Jason Aronson, Inc.* Адаптировано с разрешения.

* *WAIS* (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) — "Интеллектуальная шкала Векслера для взрослых" — тест интеллекта, предложенный Д. Векслером в 1955 году. — *Примеч. ред.*

** Когнитивные компоненты могут сыграть ту же роль, что и предопределение; большинство теоретиков, кроме Кернберга, как основной фактор рассматривают воспитание.

*** М. Стоун (*Stone, 1981*) полагает, что 10–15% всех случаев ПРЛ у взрослых по своей природе имеют исключительно психогенный характер.

исправленная версия, о которой мы уже упоминали (*Zanarini et al., 1989*). Критерии, которые чаще всего использовались для клинической диагностики, брались из различных версий *DSM*, последнее время в основном из четвертого издания. Как видно из табл. 1.2, у *DIB-R* и *DSM-IV* много общего. Это не должно никого удивлять, если учесть, что Дж. Гандерсон разработал первую версию *DIB*, а также был председателем рабочей группы при составлении критериев оси II *DSM-IV*. Также имеются различные формы самоотчета для диагностики пациентов (*Millon, 1987b*; обзор см. в *Reich, 1992*).

Понятие парасуицидального поведения

Оживленная полемика возникла в связи с поиском термина для нелетальных увечий, наносимых себе пациентами. Противоречия в основном касались степени и видов намерения (*Linehan, 1986; Linehan & Shearin, 1988*). В 1977 году появился термин "парасуицид" (*Kreitman, 1977*), обозначающий: а) поведение индивидов, связанное с нанесением себе намеренных несмертельных увечий, в результате чего возникают травмы, болезни или риск смерти; б) любое применение медикаментозных или других химических веществ, которые не предписаны для употребления или употребляются в повышенных дозах с выраженным намерением членовредительства или самоубийства. Парасуицид, по определению Н. Крейтмана, включает как имевшие место суицидальные попытки, так и членовредительство (нанесенные себе порезы, ушибы, ожоги) без выраженного намерения покончить с собой [3]. Сюда *не* относится прием медикаментов с целью наркотического опьянения, избавления от бессонницы или самолечения. Парасуицид отличается от суицида, при котором субъект преднамеренно убивает себя; суицидальных угроз, когда пациент говорит, что собирается покончить с собой или нанести себе вред, но еще не привел своих угроз в исполнение (например, стоит на перилах моста, но не прыгает в воду; или высыпает в рот горсть снотворных таблеток, но не глотает их); а также от суицидальной идеации.

Парасуицид включает поведенческие паттерны, которые известны под общим названием "суицидальных жестов" и "манипулятивных суицидальных попыток". Термин "парасуицид" представляется более предпочтительным по двум причинам. Во-первых, в отличие от двух предыдущих названий, этот термин есть описательное утверждение, а не мотивационная гипотеза. Термины "жест", "манипулятивный" предполагают, что парасуицид мотивирован намерением опосредованно передать информацию или воздействовать на окружающих, а термин "суицидальная попытка" подразумевает, что субъект пытается лишить себя жизни. Однако имеются и другие возможные мотивы парасуицидального поведения — например, регуляция настроения (скажем, редукция тревожности). В любом случае необходимо провести тщательную оценку, однако упомянутые термины создают обманчивое впечатление, что такая оценка уже проведена. Во-вторых, слово "парасуицид" не имеет столь выраженного негативного смысла. Согласитесь, нелегко положительно относиться к человеку с ярлыком "манипулятор". Трудности, с которыми сталкивается терапевт при работе с данной категорией пациентов, предоставляют соблазнительную возможность "обвинить жертву" и в конце концов утвердиться в

отрицательном отношении к ней. И все же положительное отношение к индивидам с ПРЛ уже в какой-то степени означает оказание им помощи (*Woollcott, 1985*). Это чрезвычайно важный момент, и я скоро к нему вернусь.

Исследования парасуицида обычно проходили по одной и той же модели, когда индивидов с историей парасуицидального поведения сравнивали с индивидами, не имеющими такой истории. Для сравнения могли использоваться другие суицидальные группы — например, пациенты с суицидальной идеацией, или же случаи завершенного суицида; несуицидальные пациенты, или же контрольная группа, сформированная из психически здоровых людей. Хотя зачастую диагнозы оси I *DSM* считаются константными, это не стало нормой. Одна из целей научных исследований — установить, какие диагностические категории чаще всего соотносятся с данным поведением. Только в самых последних исследованиях — и то редко — диагнозы оси II *DSM* считаются константными или вообще фиксируются. Тем не менее, при изучении специальной литературы о парасуицидальном поведении нельзя не отметить сходства между характеристиками индивидов с парасуицидальным поведением и индивидов с ПРЛ.

Эмоциональная картина парасуицидальных индивидов характеризуется хронической эмоциональной дисрегуляцией. Поведение парасуицидальных пациентов отличается большей враждебностью и раздражительностью (*Crook, Raskin, & Davis, 1975; Nelson, Nielsen, & Checketts, 1977; Richman & Charles, 1976; Weissman, Fox, & Klerman, 1973*), чем поведение несуицидальных пациентов и психически здоровых людей; парасуицидальные пациенты также более подвержены депрессии, чем индивиды, действия которых в будущем приводят к завершенному суициду (*Maris, 1981*), а также другие категории психиатрических пациентов и психически здоровых индивидов (*Weissmann, 1974*). Межличностная дисрегуляция проявляется в отношениях с окружающими, которые характеризуются враждебностью, требовательностью и конфликтностью (*Weissmann, 1974; Miller, Chiles, & Barnes, 1982; Greer et al., 1966; Adam, Bouckoms, & Scarr, 1980; Taylor & Stansfeld, 1984*). По сравнению с другими категориями пациентов у парасуицидальных индивидов более слабые системы социальной поддержки (*Weissman, 1974; Slater & Depue, 1981*). Основная проблема данной категории пациентов, по их собственному мнению, — трудности в межличностных отношениях (*Linehan, Camper, Chiles, Strosahl, & Shearin, 1987; Maris, 1981*). Часто наблюдаются паттерны поведенческой дисрегуляции — например, алкоголизм и наркомания, сексуальный промискуитет, история парасуицидального поведения (см. обзор в: *Linehan, 1981; Maris, 1981*). Как правило, у данной категории индивидов отсутствуют когнитивные навыки, необходимые для эффективного совладания с эмоциональными, межличностными и поведенческими стрессами.

Когнитивные трудности включают когнитивную ригидность (*Levenson, 1972; Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979; Vinoda, 1966*), дихотомическое мышление (*Neuringer, 1961*), а также неспособность справляться с абстрактными и межличностными проблемами (*Goodstein, 1982; Levenson & Neuringer, 1971; Schotte & Clum, 1982*). Трудности, связанные с решением проблем, могут объясняться дефицитом специфических (на фоне общих) возможностей эпизодической памяти (*Williams, 1991*), что характерно для парасуицидальных пациентов и отличает их от других категорий психически больных. Я и мои коллеги обнаружили, что парасуицидальные

индивиды демонстрируют более пассивный (или зависимый) стиль решения межличностных проблем (*Linehan et al., 1987*). Как сообщают многие пациенты, парасуицидальное поведение дает им возможность убежать от жизненных ситуаций, которые кажутся им невыносимыми и неразрешимыми. Индивидуальные характеристики пациентов с ПРЛ и парасуицидальным поведением сравниваются в табл. 1.5.

Таблица 1.5. Сравнительные характеристики ПРЛ и парасуицидального поведения

ПРЛ	Парасуицид
	Эмоциональная дисрегуляция
1. Эмоциональная нестабильность	1. Хронический негативный аффект
2. Проблемы с гневом	2. Гнев, враждебность, раздражительность
	Межличностная дисрегуляция
3. Нестабильные отношения	3. Конфликтные отношения
4. Усилия для избежания потерь	4. Слабая социальная поддержка
	5. Преобладание проблем в межличностных отношениях
	6. Пассивный стиль разрешения проблем в межличностных отношениях
	Поведенческая дисрегуляция
5. Суицидальные угрозы, парасуицид	7. Суицидальные угрозы, парасуицид
6. Импульсивное поведение с причинением себе вреда, включая злоупотребление алкоголем/наркотиками	8. Злоупотребление алкоголем/наркотиками, промискуитет
	Когнитивная дисрегуляция
7. Когнитивные нарушения	9. Когнитивная ригидность, дихотомическое мышление
	Нарушение самовосприятия
8. Нестабильное "Я" и его образ	10. Низкая самооценка
9. Хроническая опустошенность	

Пограничное расстройство личности и парасуицидальное поведение: точки пересечения

Как я уже упоминала, объектом моих научных исследований и клинической работы были хронически парасуицидальные индивиды, которые также соответствовали диагностическим критериям ПРЛ. С точки зрения профессионала это соответствие отличается уникальными особенностями. Пациенты страдают более глубокой депрессией, чем указано в *DSM-IV*. У них также часто наблюдается сверхконтроль и подавление гнева, что выходит за рамки как *DSM-IV*, так и *DIB-R*. Мое отношение к данной категории пациентов не соответствует негативному значению терминов, используемых *DSM-IV* и *DIB-R*. Мой клинический опыт и мои суждения по данным вопросам изложены ниже.

Эмоциональная дисрегуляция: депрессия

"Аффективная нестабильность", один из терминов *DSM-IV*, относится к выраженной реактивности настроения, вызывающей эпизодическую депрессию, раздражительность или тревогу, которые могут наблюдаться в течение нескольких часов, изредка — нескольких дней. Из этого следует, что превалирующее настроение не определяется отрицательными эмоциями или депрессией. Однако мой опыт работы с парасуицидальными пациентами с ПРЛ показывает, что в целом их превалирующее аффективное состояние крайне негативное — по крайней мере, это касается депрессии. Например, среди пациентов моей клиники (41 человек), которые проявляли симптомы ПРЛ, а также демонстрировали парасуицидальное поведение, 71% соответствовал диагностическим критериям тяжелого аффективного расстройства, а 24% соответствовали критериям дистимии*. При проведении последнего клинического исследования, изучая самоотчеты пациентов, я и мои коллеги (*Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, & Heard, 1991*) были поражены явной стабильностью депрессии и состояния безнадежности (период наблюдения — один год). Таким образом, *DIB-R*, с его акцентом на хронической депрессии, стабильных чувствах безнадежности, никчемности, вины и беспомощности, характеризует парасуицидальных индивидов с ПРЛ более адекватно, чем *DSM-IV*.

Эмоциональная дисрегуляция: гнев

Как *DSM-IV*, так и *DIB-R* подчеркивают нарушения контроля над гневом при пограничном функционировании психики. Оба руководства упоминают о сильном чувстве гнева и его поведенческих проявлениях. Среди пациентов нашей клиники — некоторое количество тех, которые явно соответствуют этим критериям. Однако у нас есть парасуицидальные пациенты с ПРЛ, для которых характерно сдерживание чувства гнева. Эти пациенты проявляют гнев чрезвычайно редко или вообще не проявляют. Наоборот, у них наблюдаются паттерны пассивного и подчиненного поведения в таких ситуациях, когда был бы уместен гнев — или, по крайней мере, ассертивное поведение**. Проблемы с выражением чувства гнева мешают нормальному функционированию как первых, так и вторых; при этом пациенты одной группы выражают гнев чересчур экспрессивно, а пациенты другой группы — недостаточно экспрессивно. Что касается пониженной экспрессивности выражения чувства гнева, в некоторых случаях она интерпретируется как следствие чрезмерной экспрессивности в прошлом. Почти во всех случаях пограничные индивиды с пониженной экспрессивностью проявляют явные страх и тревогу в связи с выражением чувства гнева. Порой они опасаются, что могут утратить контроль

---

* Дистимия (греч. *dys* — нарушение функции, рассогласование, *thymos* — настроение, чувство) — кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, недовольство, анксиозно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение). — *Примеч. ред.*

** Ассертивное поведение — уверенное поведение, отличается от агрессивного или неуверенного тем, что демонстрирующий его индивид ориентирован на равное соблюдение интересов всех сторон. — *Примеч. ред.*

над собой, если проявят свой гнев хотя бы в малейшей степени, а иногда боятся, что объекты даже незначительных проявлений гнева будут мстить им.

"Манипуляция" и другие негативные описания

Как *DIB-R*, так и *DSM-IV* подчеркивают так называемое "манипулятивное" поведение как составляющую пограничного синдрома. К сожалению, ни в одном из руководств нет четкого указания на то, какое операциональное определение можно дать данным поведенческим паттернам. Манипуляция — ловкая проделка, ухищрение, махинация; это слово обычно употребляется с оттенком неодобрения. Данное определение подразумевает, что манипулирование — это намеренное воздействие на других индивидов непрямыми и/или нечестными методами.

Типично ли такое поведение для индивидов с ПРЛ? Основываясь на своем клиническом опыте, могу сказать — нет. Наоборот, когда пациенты с ПРЛ пытаются повлиять на кого-то, они, как правило, прямолинейны, напористы и отнюдь не прибегают к хитрости и уловкам. Несомненно, индивиды с ПРЛ воздействуют на других людей. Часто самым эффективным (в плане воздействия) поведенческим паттерном выступает парасуицид или угроза самоубийства; в других ситуациях — жалобы на чрезвычайно сильную боль и страдания или на какой-либо кризис, требующий помощи окружающих. Конечно, подобное поведение отнюдь не означает манипулирование. В противном случае манипулятивным поведением пришлось бы считать любой призыв о помощи со стороны испытывающих страдания людей. Вопрос в том, используют ли индивиды с ПРЛ упомянутые поведенческие паттерны для того, чтобы намеренно оказывать на других людей непрямое воздействие. Подобная интерпретация едва ли соответствует восприятию индивидов с ПРЛ своих собственных целей. Поскольку мотивы поведения можно установить только с помощью самоотчета, утверждать, что намерение присутствует, вопреки утверждениям пациентов, означало бы либо признать их патологическими лжецами, либо постулировать существование неосознаваемых мотивов поведения.

Трудно согласиться с утверждениями некоторых теоретиков о том, что индивиды с ПРЛ часто лгут. Это не соответствует моему опыту, за одним-единственным исключением. Исключение связано с использованием незаконных наркотиков и предписанных медикаментозных средств в условиях жесткого контроля (эта тема будет обсуждаться в главе 15). Мой опыт работы с суицидальными пациентами с ПРЛ показывает, что частая интерпретация их поведения как "манипулятивного" выступает основным источником возникающего у них ощущения несостоятельности и непонимания со стороны окружающих. С их собственной точки зрения, суицидальное поведение отражает серьезную, порой крайне интенсивную суицидальную идеацию, а также неуверенность относительно смысла жизни. Хотя сообщения пациентов о необычных идеях или демонстрация экстремального поведения может сопровождаться желанием получить помощь от адресатов сообщений, это не обязательно означает, что пациенты действуют подобным образом именно для того, чтобы добиться поддержки.

Многочисленные случаи суицидального поведения и угрозы самоубийства, обостренные реакции на критику, непринятие и претензии, частая неспособность определить, какие именно факторы непосредственно влияют на их поведение,

действительно заставляют окружающих чувствовать себя объектом манипуляций. Однако делать вывод о целях поведения на основании последствий этого поведения (в данном случае мнение окружающих о том, что они стали объектами манипуляций) было бы нелогично. Тот факт, что на поведение влияют его последствия ("оперантное поведение", выражаясь бихевиористическими терминами) едва ли имеет какое-либо отношение к намерению индивида, цели этого поведения. Цель не определяется результатом. Например, пациент вполне предсказуемо может угрожать самоубийством, когда его подвергают критике. Если после этого критик всегда меняет гнев на милость и переходит к утешению и ободрению, можно с уверенностью сказать, что связи между критикой и угрозами самоубийства станут более прочными. Однако существование подобной корреляции ни в коей мере не означает, что пациент пытается или намеревается изменить поведение критикующего его человека с помощью угроз или вообще осознает взаимосвязь между своим поведением и поведением критикующего. Поэтому поведение индивидов с ПРЛ нельзя назвать "манипулятивным" в общепринятом значении этого термина. Утверждение же о том, что "манипуляции" осуществляются неосознанно, будет логической тавтологией, основанной на клиническом допущении. Негативные обертоны подобного допущения и ненадежность клинических допущений в целом (см. обзор у *Mischel, 1968*) свидетельствуют о неоправданности подобных утверждений.

Как в *DIB-R*, так и в *DSM-IV* используются другие термины с негативным значением. Например, в одном из предлагаемых критериев неустойчивого образа "Я" в *DSM-IV* можно найти следующее предложение: "Как правило, это включает переход от положения бедного просителя к положению праведной и мстительной жертвы". Рассмотрим выражение "праведная и мстительная жертва". Его применение подразумевает некую дисфункциональность и патологию данной позиции. Однако последние данные о том, что 76% женщин, соответствующих критериям ПРЛ, действительно стали жертвами сексуальных домогательств в детском и подростковом возрасте, а также статистика физического насилия, которому подвергаются эти индивиды, свидетельствуют о том, что упомянутая позиция не соответствует действительности.

Теперь рассмотрим выражение "бедный проситель". Нет ничего необычного в том, что испытывающий сильные страдания индивид становится "бедным просителем". Наоборот, именно такая позиция может обеспечить индивиду помощь, необходимую для облегчения его нынешнего мучительного состояния. Это особенно относится к тем случаям, когда не хватает общих ресурсов или когда нуждающийся в помощи не имеет достаточно ресурсов для того, чтобы "купить" необходимую поддержку. Для индивидов с пограничным расстройством личности характерно как первое, так и второе. У специалистов в области психического здоровья не много средств для оказания помощи таким людям. Та небольшая помощь, которую мы им можем предложить, ограничена другими обязанностями и личными потребностями. Зачастую мы можем уделить индивидам с ПРЛ всего несколько часов в неделю, и они получают от нас лишь скудные крохи того, в чем больше всего нуждаются, — нашего времени, внимания, заботы. У индивидов с ПРЛ нет также необходимых навыков для поиска, развития или поддержания других межличностных отношений, которые могли бы дать то, что им так необходимо. Порицать же

людей, которые не получают того, в чем нуждаются, по меньшей мере негуманно. Когда пострадавшие от ожогов или больные раком просят нас о помощи, мы не начинаем иронизировать по этому поводу. Думаю, если таким людям не давать обезболивающих лекарств, их мысли, как и у пациентов с ПРЛ, тоже будут метаться между жизнью и смертью.

На это можно возразить, что для психиатров упомянутые термины не несут негативного значения. Возможно, так оно и есть. Однако мне кажется, что подобные уничижительные термины уж точно не способствуют сочувственному, понимающему и заботливому отношению к индивидам с ПРЛ. Наоборот, они устанавливают эмоциональную дистанцию между клиницистами и пациентами и вызывают у терапевтов отрицательное отношение к индивидам с ПРЛ. В других случаях такие термины отражают уже существующие эмоциональные барьеры, гнев и неудовлетворенность специалистов. Одна из главных целей моей работы — создать такую теорию ПРЛ, которая одновременно была бы рациональной с точки зрения науки и свободной от субъективизма и критицизма. Основная идея состоит в том, что эта теория должна привести к выработке эффективных терапевтических методов, а также формированию сострадательного отношения к индивидам с ПРЛ. Такое отношение крайне необходимо, особенно когда речь идет о данной категории пациентов. Наши возможности помощи ограничены, страдания этих людей чрезмерны, а от успехов или неудач наших попыток помочь им может зависеть их жизнь.

Терапия пограничного расстройства личности: введение

Разработанная мной терапевтическая программа — диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ — в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. Такие особенности, как акцент на диагностике, сбор данных о поведении пациентов в текущий период, точное операциональное определение терапевтических целей, отношения сотрудничества между терапевтом и пациентом (включая ориентацию последнего на терапевтическую программу и обоюдное стремление к решению терапевтических задач), а также применение обычных когнитивно-поведенческих методик свидетельствуют о том, что это стандартная программа когнитивно-поведенческой терапии. Основные терапевтические процедуры решения проблем, методов воздействия, обучения навыкам, управления стрессогенными ситуациями и когнитивной модификации уже давно и прочно утвердились в когнитивной и поведенческой терапии. Каждому из этих комплексов процедур посвящено множество теоретических работ и эмпирических исследований.

ДПТ также обладает определенными отличительными особенностями. Как видно из названия, важнейшей характеристикой выступает акцент на "диалектике", т.е. примирении противоположностей в процессе непрерывного синтеза. Основополагающий аспект этой диалектики — необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, в то же время пытаясь научить их меняться. Напряжение между различными изменениями, происходящими с пациентами, чрезвычайно высокими и низкими устремлениями и ожиданиями, основанными на собственных

возможностях, создает невероятные трудности для терапевтов. Это напряжение требует постоянных мгновенных переходов, в зависимости от обстоятельств, от поддерживающего принятия к конфронтации и стратегиям изменений. Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин "диалектика", кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стиль ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта — с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести "рефрейминг" суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравновешиваются акцентом на валидации* текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений.

Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников — себя и пациента — друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволяется использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат. — *Примеч. ред.*). Акцент на когнитивной модификации не столь выраженный,

---

* Валидация (от англ. *valid* — действительный, веский) — распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет "Я" индивида — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: "Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право". — *Примеч. ред.*

как в "чистой" когнитивной терапии, однако такая модификация поощряется и в процессе поведенческого анализа, и при подготовке поведенческих изменений.

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом. Главная особенность терапевтических отношений состоит в первичной роли терапевта как советника именно пациента, а не советника других людей относительно пациента.

Различия между данным подходом и стандартной когнитивной и поведенческой терапией

Некоторые аспекты ДПТ отличают ее от "обычной" поведенческой и когнитивной терапии: 1) акцент на принятии и валидации поведения в том виде, в котором оно проявляется в настоящий момент; 2) акцент на модификации поведения, препятствующего терапии; 3) акцент на терапевтических отношениях как необходимом условии лечения; 4) акцент на диалектическом характере процесса. Во-первых, ДПТ акцентирует принятие фактического поведения и действительности в большей мере, чем большинство когнитивных и поведенческих терапевтических систем. В значительной степени стандартная когнитивно-поведенческая терапия может интерпретироваться как технология изменений. Многие ее методики берут свое начало в сфере научения, которая есть не что иное, как изучение поведенческих изменений через опыт. ДПТ, наоборот, подчеркивает необходимость сбалансированности изменений и принятия. Хотя принятие пациентов существенно важно для любой успешной терапии, ДПТ опережает стандартную когнитивно-поведенческую терапию, подчеркивая необходимость обучения пациентов принятию себя и своего мира такими, какие они в настоящий момент. Поэтому технология принятия настолько же важна, как и технология изменений.

Акцент ДПТ на сбалансированности принятия и изменений в значительной степени объясняется моим опытом медитации и изучения восточных философско-религиозных систем. Такие принципы ДПТ, как наблюдение, психическая вовлеченность, а также некритическое отношение заимствованы мной из философии и практики дзэн. Поведенческое лечение, которое в этом отношении больше других приближается к ДПТ, — контекстуальная психотерапия С. Хайза (*Hayes, 1987*). Хайз — представитель радикальной поведенческой терапии, который также подчеркивал необходимость поведенческого принятия. На создание ДПТ оказали влияние также некоторые другие теоретики, применяющие эти принципы к специфическим проблемным сферам. Например, Г. Марлатт и Дж. Гордон (*Marlatt & Gordon, 1985*) учат психической вовлеченности алкоголиков, а Н. Джейкобсон (*Jacobson, 1991*) недавно начал систематическое обучение принятию проблемных семейных пар.

Акцент ДПТ на препятствующем терапии поведении скорее ближе к психодинамической ориентации на трансферное поведение, чем к какому-либо аспекту стандартных когнитивно-поведенческих терапевтических систем. В целом поведенческие терапевты провели мало эмпирических исследований по работе с препятствующим терапии поведением. Исключением можно считать многочисленную литературу по терапии поведения следования (напр., *Shelton & Levy, 1981*). Другие подходы к данной проблеме обычно рассматривались с точки зрения "шейпинга" (формирование, англ. — *Примеч. ред.*), который пользовался достаточно большим вниманием у специалистов, занимающихся терапией детей, пациентами с хроническими психическими заболеваниями, требующими стационарного лечения, и умственно отсталыми индивидами (*Masters, Burish, Hollon, & Rimm, 1987*). Это вовсе не значит, что данную проблему совершенно проигнорировали. П. Чемберлен с коллегами (*Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984*) даже разработали шкалу сопротивления терапии для работы с супружескими парами, проходившими поведенческую семейную терапию.

Мой акцент на терапевтических взаимоотношениях как необходимом условии прогресса ДПТ основывается прежде всего на работе с суицидальными индивидами. Порой такие отношения становятся единственным фактором, который удерживает пациентов от самоубийства. Поведенческие терапевты уделяют внимание терапевтическим отношениям, но не в такой мере, как в моей диалектической поведенческой терапии. Р. Коленберг и М. Тсай (*Kohlenberg & Tsai, 1991*) недавно разработали интегрированную поведенческую терапию, в которой проводником изменений выступают взаимоотношения терапевта и пациента; эти идеи оказали влияние на ДПТ. И хотя представители когнитивной терапии постоянно упоминали о важности взаимоотношений "терапевт–пациент", они мало писали о том, как их построить. Исключение — недавно опубликованная книга Дж. Сафрана и З. Сигала (*Safran & Siegal, 1990*).

Наконец, акцент на диалектическом процессе (о чем подробно говорится в главе 2) отмежевывает ДПТ от стандартной когнитивно-поведенческой терапии, но не настолько, как это кажется на первый взгляд. Подобно поведенческой терапии, диалектика говорит о преимуществе процесса над структурой. Последние достижения радикального бихевиоризма и контекстуальной теории, а также подходы к поведенческой терапии, возникшие на их основе (напр., *Hayes, 1987; Kohlenberg & Tsai, 1992; Jacobson, 1992*), имеют много общего с ДПТ. Более поздние подходы к когнитивной терапии в рамках теории обработки информации (напр., *Williams, in press*) также подчеркивают преимущество процесса над структурой. Однако ДПТ в применении диалектических принципов идет гораздо дальше, чем многие стандартные когнитивные и поведенческие терапевтические системы. Влияние диалектической ориентации на определение терапевтических стратегий весьма существенное. Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (*Beck, Freemen, & Associates, 1990; Young, 1988*), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Следует ли считать эти различия основополагающими — вопрос практики. Конечно, в конце концов стандартные когнитивно-поведенческие составляющие могут оказаться именно тем фактором, который обусловливает эффективность ДПТ. Или же может случиться, что по мере расширения диапазонов когнитивной и поведенческой терапии различия между ДПТ и более консервативными методами лечения окажутся не столь резкими, как мне это представляется в настоящее время.

Эффективность терапии (эмпирические данные)

Диалектическая поведенческая терапия — один из немногих психосоциальных подходов к лечению ПРЛ, эффективность которого подтверждается эмпирическими данными специальных исследований. Это вызывает удивление, учитывая большие трудности, связанные с терапией данной категории пациентов, огромное количество специальной литературы по работе с ними и широкий интерес к данной проблеме. Я смогла обнаружить всего лишь две другие терапевтические системы, которые подвергались контролируемым клиническим испытаниям. Э. Марциали и Х. Мунро-Блум (*1987; Munroe-Blum & Marziali, 1987, 1989; Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1991*) сопоставляли психодинамическую групповую терапию ПРЛ (психотерапия управления отношениями, *Relationship Management Psychotherapy — RMP*) и обычную индивидуальную психотерапию. Они не нашли никаких различий в терапевтических результатах, хотя при психотерапии управления отношениями меньшее количество пациентов прекращали лечение преждевременно. Р. Тернер (*Turner, 1992*) недавно завершил рандомизированные* контролируемые испытания структурированной мультимодальной терапии, состоящей из фармакотерапии в сочетании с интегративной динамической/когнитивно-поведенческой терапией, довольно близкой к ДПТ. Предварительные результаты указывают на перспективность структурированной мультимодальной терапии — наблюдается постепенное убывание проблемных когниций и поведения, тревоги, депрессии.

По ДПТ были проведены два клинических исследования. В обоих хронически парасуицидальные пациенты с симптомами ПРЛ случайным образом подвергались ДПТ либо обычной индивидуальной психотерапии. Исследования проводились с участием терапевтов (среди которых была и я), психологов, психиатров и других специалистов, прошедших специальную подготовку по ДПТ под моим руководством. Клинические испытания продолжались в течение одного года. Обследования проводились каждые четыре месяца, последнее — по результатам терапии. После окончания терапии были проведены еще два обследования с интервалом в шесть месяцев.

Исследование 1

В ходе первого исследования двадцати четырем пациенткам назначили ДПТ, другим двадцати трем — традиционную психотерапию. Учитывали данные только тех пациенток, которые прошли четыре и более психотерапевтических сеанса, т.е. двадцати двух женщин. Одна из пациенток, которая проходила традиционную пси-

---

* Рандомизация (от англ. *random* — случайный) — метод случайного причисления (в данном случае испытуемых к экспериментальной или контрольной группе). — *Примеч. ред.*

хотерапию, не явилась для обследования. Результаты, свидетельствующие о преимуществе ДПТ, были выявлены в каждой целевой области исследования.

1. По сравнению с пациентками, проходившими традиционную психотерапию, у моих пациенток на протяжении годичного лечения наблюдалась значительно меньшая склонность к парасуицидальному поведению как таковому, они сообщали о меньших парасуицидальных эпизодах во время *каждого обследования*, было зарегистрировано меньше тяжелых (в медицинском отношении) случаев парасуицида на протяжении года. Такие результаты были получены несмотря на то, что ДПТ не казалась более эффективной, чем традиционная психотерапия, если судить по самоотчетам о чувстве безнадежности, суицидальной идеации или смысле жизни (у пациенток, чье состояние улучшалось). Подобное снижение частоты парасуицидальных эпизодов было обнаружено У. Барли и его коллегами (*Barley et al., in press*), когда они применили ДПТ в условиях психиатрического стационара.
2. ДПТ оказалась эффективнее, чем традиционная психотерапия, для предотвращения досрочного прекращения пациентами терапии — самый проблемный из типов препятствующего терапии поведения. За год терапию бросили всего 16,4% — значительно меньше по сравнению с 50–55% пациентов, преждевременного оставивших терапию при других методах лечения за тот же период (*Koenigsberg, Clarkin, Kernberg, Yeomans, & Gutfreund, in press*).
3. Пациентки, проходящие ДПТ, реже попадали в психиатрические клиники; суммарное время, проведенное в психиатрическом стационаре среднестатистической пациенткой, было меньше (8,46 дня за год по сравнению с 38,86 дня для среднестатистической пациентки, проходившей традиционную психотерапию).

Во многих клинических исследованиях индивиды, которые предпринимали суицидальные попытки либо были госпитализированы вследствие каких-либо психиатрических проблем, исключаются из эксперимента. Поэтому я была особенно заинтересована в том, чтобы объединить изучение двух этих результатов. Была разработана система классификации психологического функционирования с континуумом от хорошего до плохого. Индивиды, которые не подвергались психиатрической госпитализации и не демонстрировали парасуицидальное поведение в течение последних четырех месяцев, считались “хорошими”. Пациентки, которые либо проходили стационарное лечение в психиатрических клиниках, либо демонстрировали парасуицидальное поведение, условно назывались “умеренными”. А те индивиды, которые и подверглись психиатрической госпитализации, и проявили парасуицидальное поведение в течение последних четырех месяцев терапии (вместе с пациенткой, которая покончила с собой), считались “плохими”. Используя такую классификацию, тринадцать пациенток ДПТ показали хорошие результаты, у шести были умеренные, и у трех — плохие. В условиях традиционной психотерапии по шесть пациенток приходилось на хорошие и плохие результаты, десять пациенток показали умеренные результаты. Разница в результатах получается существенной: на уровне достоверности различий $p < 0,02$.

4. По окончании лечения общая приспособляемость пациенток ДПТ по сравнению с индивидами, проходившими традиционную психотерапию, оценивалась интервьюером выше. Сами пациенты выше оценили свою успешность в испол-

нении обычных социальных ролей (на работе, в школе, в быту). Эти результаты в сочетании с успехом ДПТ в сокращении среднестатистического периода психиатрической госпитализации свидетельствуют об эффективности ДПТ в лечении опасного для жизни поведения.

5. Эффективность ДПТ для усиления определенных поведенческих навыков была смешанной. Что касается эмоциональной регуляции, пациентки ДПТ считали себя более успешными в изменении своих эмоций и усилении общего контроля над ними, чем индивиды, проходившие традиционную психотерапию. У пациенток ДПТ также был гораздо более низкий уровень гневливости и тревожности согласно тестам-самоотчетам. Однако самоотчеты не показали никакого различия в уровне депрессии (хотя состояние всех пациенток улучшилось). Что касается межличностных навыков, пациентки ДПТ по сравнению с другой группой оценили свою межличностную эффективность и способность решать межличностные проблемы выше, а также показали более высокий уровень социальной приспособляемости как в самоотчетах, так и по оценке интервьюера. По сравнению с традиционной психотерапией ДПТ не была более действенной для повышения оценки пациентками своего успеха в толерантности и принятии себя и действительности. Тем не менее более эффективное снижение парасуицидального поведения, продолжительности стационарного психиатрического лечения, а также гневливости у пациенток ДПТ (несмотря на отсутствие выраженного прогресса в таких сферах, как депрессия, чувство безнадежности, суицидальная идеация и смысл жизни) может свидетельствовать о том, что способность переносить дистресс — по крайней мере, это касается поведенческих и эмоциональных откликов — у пациенток ДПТ все-таки повысилась.

Клиническое превосходство ДПТ сохранялось даже в том случае, когда результаты прошедших ее пациенток сравнивали с результатами только тех представителей другой группы, которые в течение года регулярно получали индивидуальную психотерапию. Это говорит о том, что эффективность ДПТ не есть просто результат систематической индивидуальной психотерапии. Результаты этих исследований приводятся в других моих книгах (*Linehan et al., 1991; Linehan & Heard, 1993; Linehan, Tutek, & Heard, 1992*).

После завершения терапии мы выбрали 37 пациенток для последующего интервьюирования через 18 месяцев и 35 — для интервьюирования через 24 месяца (*Linehan, Heard, & Armstrong, in press*). Многие пациентки не хотели проходить весь комплекс обследований, однако согласились на сокращенное интервью по основным терапевтическим результатам. Превосходство ДПТ над традиционной психотерапией, достигнутое за год, в целом сохранялось в течение следующего года. На каждом этапе последующих обследований пациентки ДПТ показывали лучшие результаты, чем индивиды, проходившие традиционную психотерапию, в таких аспектах, как общая приспособляемость, социальная приспособляемость и профессиональная успешность. В каждой сфере, в которой эффективность ДПТ оказалась более высокой по сравнению с традиционной психотерапией, преимущество сохранялось по крайней мере в течение шести последующих месяцев. Преимущество ДПТ в течение первых шести месяцев после окончания лечения наиболее очевидно проявлялось в

снижении парасуицидального поведения и гнева, а в течение второго полугодия — в сокращении длительности стационарного психиатрического лечения.

Рассматривая результаты исследования эффективности ДПТ, необходимо помнить три вещи. Во-первых, хотя за год терапии были достигнуты значительные результаты, которые в основном сохранялись в течение последующих двенадцати месяцев, полученные нами данные не могут служить доказательством того, что одного года для излечения этих пациенток достаточно. Характеристики наших пациенток соответствовали клиническим симптомам почти по всем критериям. Во-вторых, наше исследование не может служить достаточным основанием для того, чтобы судить о терапевтической эффективности. Хотя полученные нами результаты подтвердились У. Барли и др. (*Barley et al., in press*), необходима дальнейшая исследовательская работа. В-третьих, существует мало данных (если они вообще существуют) о том, что другие виды терапии *не* эффективны. Кроме тех двух исключений, о которых я упоминала выше, никакие другие терапевтические системы не оценивались посредством контролируемого клинического эксперимента.

Исследование 2

В ходе второго исследования (*Linehan, Heard, & Armstrong, 1993*) мы занимались следующим вопросом: когда пациенты с ПРЛ проходят индивидуальную (не-ДПТ) психотерапию, повысится ли эффективность лечения, если дополнительно проводить групповой тренинг навыков по методике ДПТ? Восемь случайно выбранных пациенток проходили групповой тренинг навыков по методике ДПТ, восемь других, не проходивших такого тренинга, образовали контрольную группу. Все пациентки уже получали индивидуальную продолжительную психотерапию в клиниках и были направлены на групповой тренинг навыков своими терапевтами. Разделение на группы осуществлялось случайным образом. За исключением вида терапии, между участниками исследований 1 и 2 не было особых различий. Если не считать того факта, что нам удалось удерживать большинство пациентов (73%), проходящих тренинг навыков, более года (предотвратив досрочное окончание терапии), результаты показали, что ДПТ мало подходит или вообще не подходит в качестве дополнительного лечения при проведении индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии. По завершении лечения не наблюдалось сколько-нибудь значительных различий между двумя группами по всем параметрам. Методика проведения эксперимента исключает возможность того, что отсутствие различий объясняется недостаточным объемом выборки.

Затем мы провели *post hoc* (последующее, лат. — *Примеч. ред.*) сравнение всех участниц второго исследования, регулярно проходивших индивидуальную психотерапию (n=18), и пациенток, проходивших стандартную ДПТ (n=21). Это позволило нам сравнить ДПТ с другой индивидуальной психотерапией, в ходе которой терапевт уделял пациенткам столько же внимания, как и при диалектической поведенческой терапии. Участницы первого исследования, проходившие стандартную ДПТ, показали лучшие результаты во всех целевых областях. Пациентки, регулярно получавшие индивидуальную психотерапию по традиционной методике, независимо от прохождения группового тренинга навыков, показали те же результаты (не хуже и не лучше), что и двадцать две участницы первого исследования, проходившие традиционное психиатрическое лечение. Какие выводы можно сделать

на основании полученных данных? Во-первых, второе исследование подтверждает результаты первого. Стандартная ДПТ (т.е. терапия плюс тренинг навыков) эффективнее традиционной психотерапии. Однако мы не можем утверждать, что групповой тренинг навыков как таковой неэффективен или не столь важен при его проведении в формате стандартной ДПТ. Неясно также, насколько эффективен тренинг навыков по методике ДПТ, если он проводится отдельно, без сопутствующей индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии. В стандартной ДПТ тренинг навыков интегрирован в индивидуальную психотерапию, при этом последняя в значительной степени обеспечивает формирование навыков, обратную связь и подкрепление. Подобная интеграция обоих типов терапии, включая индивидуальную помощь в применении новых поведенческих навыков, может быть решающим фактором успеха стандартной ДПТ. Более того, совмещение индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии с тренингом навыков по методике ДПТ может быть источником личного конфликта для пациента, который отрицательно повлияет на результаты лечения. Мы занимаемся изучением этих вопросов.

Заключение

Хотя проблеме пограничного расстройства личности посвящены многие исследования, до сих пор нет единого мнения о том, следует ли считать эту диагностическую категорию полезной и обоснованной. Предубеждение по отношению к индивидам, симптомы которых квалифицируются как "пограничные", вызвало многочисленные протесты против использования этого диагностического термина. Термин "пограничный" приобрел настолько негативное значение (как выражение неприятия жертв данного расстройства), что некоторые авторы выступают за его отмену. Другие, указывая на взаимосвязь между этим диагнозом и сексуальными домогательствами, перенесенными жертвами в детском возрасте (подробнее об этом — в главе 2), предлагают названия, отражающие эти ассоциации, — например, "посттравматический синдром". Идея здесь в том, что если термин квалифицирует проблемное поведение как результат насилия над индивидом (а не вину индивида), негативное значение, выражающее предубеждение по отношению к пациентам данной категории, будет устранено.

Хотя я не принадлежу к поклонникам термина "пограничный", я не думаю, что простая смена названий устранит предубеждение по отношению к трудно поддающимся лечению жертвам этого расстройства. Я считаю, что выходом из этой ситуации может быть разработка теории, основанной на здравых научных принципах, подчеркивающей, что в основе патологического "пограничного" поведения лежит "нормальная" реакция индивида на дисфункциональные биологические, психологические и средовые факторы. Возможность порицать и унижать жертв данного расстройства обусловлена тем, что мы квалифицируем этих индивидов как принципиально отличающихся от нас самих. Может быть, иногда мы порицаем и унижаем их только для того, чтобы они казались принципиально отличными от нас. Однако как только мы поймем, что закономерности, обусловливающие нормальное поведение (в том числе наше собственное), это те же самые закономерности, которые обусловливают пограничное поведение, нам будет легче сопереживать и с

участием относиться к страданиям жертв и не винить их в тех трудностям, которые сопряжены с терапией данного расстройства. Теоретическая позиция, описанная в следующих двух главах, — попытка достичь этой цели.

Примечания

1. Для обозначения индивидов, проходящих психотерапию, обычно используют термины "пациент" либо "клиент". В этой книге я постоянно использую термин "пациент", в "Руководстве по тренингу навыков..." я употребляю слово "клиент". На это есть определенные причины. Слово "пациент" произошло от латинского *patiens*, что значит "терпеливый", "способный переносить". Хотя данный элемент семантики слова "пациент" утратил свою актуальность, он весьма точно характеризует индивидов с ПРЛ, проходящих у меня психотерапию. Более распространенное значение этого слова — "больной, лечащийся у врача" — менее применимо в данном случае, поскольку ДПТ не базируется исключительно на модели болезни.
2. Вызывает интерес тот факт, что представители как психоаналитической, так и когнитивно-поведенческой школ стали проявлять внимание к пограничному расстройству личности по одним и тем же причинам. Действенные при лечении других расстройств терапевтические методы оказываются менее эффективными, если у пациентов наблюдаются симптомы ПРЛ.
3. Р. Дикстра разрабатывал новый комплекс определений нелетального суицидального поведения для нового, 10-го издания "Международной классификации болезней" (*International Classification of Deseases — ICD*) (*Diekstra, 1988*, цит. по: *Van Egmond & Diekstra, 1989*). В этой новой системе суицидальная попытка — не то же самое, что парасуицид. Определения приводятся ниже.

   Суицидальная попытка:
   а) действие без летального исхода, которое не является привычным;
   б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует;
   в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо заключается в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку.

   Парасуицид:
   а) действие без летального исхода, которое не является привычным;
   б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует и ожидает такого исхода;
   в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо состоит в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку;
   г) исход которого исполнитель считает средством достижения желаемых изменений в сознании окружающих и/или социальных условиях.

2

Диалектические и биосоциальные основы терапии

Диалектика

Каждая теория функционирования личности и ее расстройств основана на определенных философских воззрениях. Часто эти взгляды не декларируются, и чтобы их понять, приходится читать между строк. Например, в основе клиент-центрированной теории и терапии Карла Роджерса лежит допущение о том, что люди обладают огромным положительным потенциалом и врожденным стремлением к самоактуализации. Зигмунд Фрейд полагал, что индивиды стремятся к удовольствию и избегают боли. Он также допускал, что всякое поведение человека психологически детерминировано, что поведение не бывает случайным (оно определяется случайными событиями в окружении индивида).

ДПТ точно так же базируется на особой философской системе — диалектике. В этом разделе я постараюсь объяснить, что я подразумеваю под этим понятием. Надеюсь убедить вас в том, что осмысление диалектической философии имеет большое значение и может способствовать вашему пониманию пациентов с ПРЛ и взаимодействию с ними. Я не собираюсь читать вам лекцию о значении и происхождении термина "диалектика", не буду проводить глубокого анализа современной философской мысли в этой области знания. Достаточно сказать, что диалектика и сейчас живет и процветает. Большинство людей ассоциируют диалектику с социально-экономической теорией К. Маркса и Ф. Энгельса. Однако как мировоззрение диалектика также фигурирует в теориях развития науки (*Kuhn, 1970*), биологической эволюции (*Levins & Lewontin, 1985*), сексуальных отношений (*Firestone, 1970*) и более поздней теории развития мышления у взрослых (*Basseches, 1984*). Уэллс (*Wells, 1972*, цит. по: *Kegan, 1982*) доказал факт перехода к диалектической ориентации почти во всех социальных и естественных науках за последние 150 лет.

Почему диалектика?

Я начала применять диалектический подход для разработки своей терапевтической системы в начале 1980-х годов при проведении терапевтических наблюдений и обсуждений с моей исследовательской группой. Во время еженедельных психотерапевтических сеансов мои коллеги наблюдали за тем, как я пыталась применить когнитивно-поведенческую терапию, которой обучалась у Джеральда Дейвисона и Марвина Голдфрида в Университете штата Нью-Йорк (Стоуни-Брук). После каждого сеанса мы обсуждали как поведение пациента, так и мое поведение. В то время нашей целью было нахождение действенных терапевтических техник или, по крайней мере, таких методик, которые не препятствовали бы терапевтическим изменениям и положительным рабочим отношениям с пациентами. Затем я должна была последовательно применять эти методики в своей клинической практике. Последующие дискуссии были направлены на то, чтобы закрепить полезное, отбросить бесполезное и вредное и сформулировать в поведенческих терминах определение того, в чем состоял точный терапевтический смысл моих действий.

Разработка моей терапевтической системы связана с несколькими важными событиями. Во-первых, мы с коллегами доказали, что когнитивно-поведенческая терапия эффективна при работе с данной категорией пациентов; это нас вдохновило, поскольку означало достижение поставленной цели. Однако из наблюдений за моими действиями следовало, что я применяла некоторые другие процедуры, которые не относятся к традиционной когнитивной или поведенческой терапии. Сюда относились, например, намеренное преувеличение возможных последствий тех или иных событий, как, например, у К. Уитакера (*Whitaker, 1975, p. 12-13*); соответствующая традициям дзэн-буддизма мотивация принятия чувств и ситуаций, а не их изменение; взаимосвязанные утверждения — такие, например, как в Проекте Бейтсона, направленном на изучение патологических моделей поведения (*Watzlawick, 1978*). Упомянутые методики более тесно связаны с парадоксальными терапевтическими техниками, чем со стандартной когнитивной или поведенческой терапией. Кроме того, ритм терапии включал быстрые изменения вербального стиля: от теплого принятия и эмпатического отражения, близкого клиент-центрированной терапии, до прямолинейных, жестких, конфронтационных комментариев. Движение и расчет времени, очевидно, настолько же важны, как контекст и методика.

Хотя мы с одной из моих коллег впоследствии установили взаимосвязь между ДПТ и парадоксальными терапевтическими техниками (*Shearing & Linehan, 1989*), при первоначальном изложении новой системы лечения мне не хотелось их связывать между собой — я боялась, что неопытные терапевты могут неправильно (слишком обобщенно) истолковать смысл термина “парадоксальный” и сузить трактовку суицидального поведения как такового. Это не применяется и не применялось в ДПТ. Однако мне нужно было определенным образом назвать свою терапевтическую систему. Очевидно, это не была просто стандартная когнитивно-поведенческая терапия. В то время акцент когнитивной терапии на рациональности как критерии здравомыслия казался несовместимым с моим вниманием к интуитивному и иррациональному, равно как и к здравому и эффективному. Я также все больше убеждалась в том, что проблемы пациентов с ПРЛ не были результатом прежде все-

го когнитивных искажений в них самих и в их окружении; хотя эти искажения, по-видимому, играли важную роль в сохранении проблем после того, как они образовались. Направленность моей терапии на принятие болезненных эмоциональных состояний и проблемных событий в окружении очевидно отличалась от обычного когнитивно-поведенческого подхода, состоящего в попытках изменения или модификации болезненных эмоциональных состояний либо воздействия на окружение с целью его изменения.

Я начала думать о термине "диалектический" как таком, который описывает новую терапевтическую систему, благодаря своему интуитивному опыту, появившемуся в результате лечения испытывающих сильные страдания, хронически суицидальных пациентов. Этот опыт лучше всего можно объяснить с помощью образного сравнения. Представьте, что пациент и я сидим на разных концах качелей. Терапия — это когда мы раскачиваемся на качелях, вверх-вниз. Каждый из нас скользит то вперед, то назад, пытаясь найти точку равновесия, — тогда мы вместе сможем добраться до середины и перейти на "высший уровень". Высший уровень символизирует личностный рост и развитие, он представляет собой синтез предыдущего уровня. Затем все начинается заново. Мы оказываемся на новых качелях, пытаясь обрести равновесие и добраться до середины доски, чтобы достичь следующего уровня, и т.д. Во время этого процесса, по мере того как пациент постоянно скользит то вперед, то назад, я тоже двигаюсь, пытаясь сохранить равновесие.

Трудность терапии суицидальных пациентов с ПРЛ состоит в том, что, образно выражаясь, мы сидим не на детских качелях, а на бамбуковом шесте, который балансирует на канате, натянутом над Большим каньоном Колорадо. Поэтому если пациент отодвигается назад, я тоже двигаюсь назад, чтобы сохранить равновесие, а если затем пациент снова отодвигается назад, чтобы удержать равновесие, то мы в конце концов можем свалиться в пропасть (шест когда-нибудь закончится). Поэтому моя задача как терапевта, очевидно, не только сохранять равновесие, но и действовать при этом так, чтобы мы оба двигались не от середины к краям, а наоборот, от краев к середине. Очень быстрое движение и ответные движения терапевта представляют собой, по-видимому, главную составляющую лечения.

Напряжение, которое я испытала во время проведения терапии, необходимость двигаться для поддержания равновесия или осуществления синтеза и терапевтические стратегии, близкие к парадоксальным техникам, которые казались необходимым дополнением к стандартным поведенческим техникам, — все это привело меня к изучению диалектической философии как возможной базисной теории или мировоззрения [1]. В терминах диалектики концы качелей представляют собой противоположности ("тезис" и "антитезис"); движение к середине доски и переход на следующий уровень символизируют "синтез" противоположностей, который сразу же вновь распадается на противоположности. Этим терапевтическим отношениям между противоположностями, переданным термином "диалектический", постоянно уделяется внимание еще со времен З. Фрейда (*Seltzer, 1986*).

Каким бы случайным ни был первоначальный выбор названия, ориентация на диалектическую парадигму впоследствии оказала гораздо более масштабное влияние на развитие новой терапии, чем это было бы возможно за счет одного лишь жонглирования парадоксальными техниками. Таким образом, моя терапевтическая

система обрела нынешнюю форму в результате взаимодействия терапевтического процесса и диалектической теории. Со временем термин "диалектический" в приложении к поведенческой терапии стал означать два контекста употребления: один относится к основополагающим качествам действительности, другой — к убеждающему диалогу и отношениям. В качестве мировоззрения или философской парадигмы диалектика образует основу терапевтического подхода, представленного в этой книге. Альтернативное значение термина "диалектический" как формы диалога и отношений связано с терапевтической системой или применяемыми клиницистом методиками, цель которых — добиться изменений. Таким образом, костяк ДПТ составляют определенные терапевтические диалектические стратегии (подробнее о них — в главе 8).

Диалектическое мировоззрение

Диалектический взгляд на природу действительности и человеческое поведение характеризуется тремя основными особенностями.

Принцип взаимосвязанности и целостности

Во-первых, диалектика делает акцент на взаимосвязанности и целостности. Она предполагает системный взгляд на действительность. Анализ частей системы не имеет значения, если только он не учитывает отношения части к целому. Таким образом, все на свете относительно, границы между частями имеют временный характер и существуют лишь по отношению к целому; фактически именно целое определяет эти границы. Эту мысль удачно выражают Р. Левинс и Р. Левонтин.

> Части и целое развиваются в результате взаимоотношений, и сами взаимоотношения развиваются. Это те свойства вещей, которые мы называем диалектическими: одна вещь не может существовать без другой, одна вещь приобретает свои свойства во взаимоотношениях с другой, свойства обеих развиваются в результате их интерпретации. (*Levins & Lewontin, 1985, p. 3*).

Эта холистическая точка зрения совместима как с феминистическими, так и контекстуальными взглядами на психопатологию. Такой взгляд в приложении к терапии ПРЛ заставил меня усомниться в важности изоляции, дифференциации, индивидуации и автономии, которым придается такое большое значение в культурной мысли Запада. Понятие об индивидуальном как унитарном и изолированном постепенно формировалось в течение последних нескольких столетий (*Baumeister, 1978; Sampson, 1988*). Поскольку женщинам диагноз "пограничное расстройство личности" ставят гораздо чаще, чем мужчинам, воздействие фактора пола на представление о собственном "Я" и адекватных межличностных границах представляет особый интерес в свете наших размышлений о ПРЛ.

И пол, и социальное положение в значительной степени определяют особенности восприятия и определения индивидом своего "Я". Женщины, подобно другим индивидам с ограниченными социальными возможностями, более склонны иметь социальное "Я" (включающее группу), противопоставляемое индивидуальному "Я" (исключающему группу) (*McGuire & McGuire, 1982; Pratt, Pancer, Hunsberger, & Manchester, 1990*). Важность социального "Я" для женщин освещалась многими

феминистическими авторами (например, К. Гиллиган (*Gilligan, 1982*)). Вероятно, феминистическая позиция наиболее убедительно представлена у М. Лайкс, где "Я" — это ансамбль социальных отношений" (*Lykes, 1985, p. 364*). Очень важно заметить, что Лайкс и другие говорят не просто о значении взаимозависимости автономных "Я". Они скорее описывают социальное "Я", которое выступает "взаимодействующей сетью отношений, включенных в сложную систему социальных обменов и обязательств" (*ibid., p. 362*). Если "Я" определяется как социальное, по определению включающее другие, полностью изолированного "Я" просто не существует — т.е. нет "Я", отделенного от целого. Такое социальное "Я" или, словами Э. Сампсона, "совокупный индивидуализм" характеризует большинство сообществ как в историческом, так и в кросс-культурном плане (*Sampson, 1988*).

Внимание к этим контекстуальным факторам особенно важно, если такой культурный конструкт, как "Я", применяется для объяснения и описания другого культурного конструкта — такого, например, как "психическое здоровье". В то время как традиционное определение "Я" в целом может быть применимо для некоторых индивидов в западном обществе, следует иметь в виду, что наши дефиниции и теории не универсальны, а являются продуктом западной мысли, поэтому могут оказаться неадекватными для многих других индивидов. Как Хайди Херд и я писали в нашей книге (*Heard & Linehan, 1993*) и как я буду говорить в этой и следующей главах, проблемы, с которыми сталкиваются индивиды с ПРЛ, отчасти могут быть результатом столкновения социального "Я" с обществом, которое признает и вознаграждает исключительно индивидуальное "Я".

Принцип полярности

Во-вторых, реальность не статична, она составлена из внутренних противодействующих сил ("тезис" и "антитезис"), из интеграции которых ("синтез") развивается новый набор противодействующих сил. Хотя диалектика делает акцент на целом, она также подчеркивает сложность целого. Поэтому внутри каждого объекта или системы, независимо от размера, существует полярность. В физике, например, как бы ученые ни старались найти элементарную частицу, которая служит основой всего сущего, она в конце концов оказывается сложной. В атоме имеются отрицательный и положительный заряды; на каждое действие есть противодействие, и даже мельчайшие частицы материи уравновешены античастицами.

Очень важная диалектическая идея состоит в том, что всякое утверждение содержит в себе противоположное суждение. Приведу слова К. Голдберга.

> Я полагаю, что истина парадоксальна, что каждая частица истины содержит в себе противоречия, что истины находятся рядом. Противоречивые истины не обязательно исключают друг друга или доминируют друг над другом, а располагаются бок о бок, призывая к участию и экспериментированию (*Goldberg, 1980, pp. 295-296*).

Если вы воспримете эту идею серьезно, она может оказать довольно глубокое влияние на вашу клиническую практику. Например, в большинстве описаний ПРЛ подчеркивается патология, которая делает индивида не таким, как другие люди. Последующая терапия рассчитывается таким образом, чтобы локализовать патологию и создать условия для изменений. Диалектический же подход предполагает,

что в дисфункциональном тоже есть функциональность, что искажение содержит правильность, что в разрушении можно обнаружить созидание. Именно переворачивание идеи ("противоречия в истине" превратилось в "истина в противоречиях") привело меня к некоторым важным решениям относительно формы ДПТ. Вместо того чтобы искать смысл нынешнего патологического поведения пациентов в прошлом, я начала искать и отыскивать его в настоящем. Таким образом, упомянутая идея помогла мне обрести нечто большее, чем просто эмпатическое отношение к пациентам. Сейчас ключевой составляющей ДПТ является концепция валидации.

Та же идея подвела меня к конструкту "мудрого разума" — средоточию внутренней мудрости пациентов. ДПТ предполагает, что каждый индивид способен принимать мудрые решения относительно своей жизни, хотя эта способность не всегда очевидна или доступна. Поэтому терапевт, практикующий ДПТ, принимает на веру, что пациент располагает внутренним потенциалом, необходимым для изменений. Составляющие, имеющие существенное значение для личностного роста, уже присутствуют в данной ситуации. Желудь есть дерево. Воспринятая моей исследовательской группой, эта идея выразилась в ориентации на поиск той ценности, которой обладает точка зрения каждого человека, вместо отстаивания ценности собственной позиции.

Тезис, антитезис, синтез: принцип непрерывного изменения

Наконец, взаимосвязанная, противоречивая и неупростимая природа действительности в процессе изменения постоянно приводит к целостности. Именно напряжение между тезисом и антитезисом, противодействующими силами в каждой системе (положительным и отрицательным, хорошим и плохим, детьми и родителями, пациентом и терапевтом, личностью и окружением, и т.п.), приводит к изменениям. Однако новое состояние, которое следует за изменением (синтез), тоже составлено из разнонаправленных сил, поэтому изменения никогда не прекращаются. Очень важно постоянно помнить этот принцип диалектических изменений, несмотря на то что я буду довольно редко употреблять диалектические термины ("тезис", "антитезис", "синтез").

Следовательно, именно изменения (или, если хотите, "процесс"), а не структура или содержание, составляют сущность жизни. Роберт Кеган воплотил эту точку зрения в своем описании "Я" как процесса трансформации на протяжении жизни, генерированного противоречиями между стремлениями к самосохранению и самопреобразованию в личности, с одной стороны, и в системе "личность–окружение" — с другой, прерываемого временным примирением противоречий, или равновесием в развитии. Р. Кеган пишет следующее.

> Поскольку нам нужно понять, как личность созидает мир, мы также должны понять, как мир созидает личность. Анализируя позицию личности, находящейся в состоянии равновесия в развитии, мы видим не только образование нового смысла; мы видим также возможность утраты ею обретенного равновесия. В любом равновесии мы видим новый смысл конечного состояния, к которому все в конце концов идет. Мы видим в каждом новом состоянии равновесия новую точку уязвимости. Каждое состояние равновесия показывает, как организована личность, но также показывает и новую возможность утраты этой организации (*Kegan, 1982, p. 114*).

Диалектическая точка зрения перекликается с психодинамическим подходом, который подчеркивает неотъемлемую роль конфликта и противодействия в росте и изменении. Она также схожа с бихевиористическим подходом, который подчеркивает своеобразное единство окружения и индивида и взаимосвязь каждой из этих составляющих при генерировании изменений. Диалектика как теория изменения несколько отличается от понятия развития как самоактуализации, принятого в клиент-центрированной терапии. С этой точки зрения, каждая сущность обладает потенциалом, который будет естественно раскрываться на протяжении ее существования. "Раскрытие" не предполагает того напряжения, которое характерно для диалектического роста. Именно это напряжение производит постепенное изменение, прерываемое внезапными резкими смещениями и сдвигами.

Проводя ДПТ, терапевт направляет изменения в пациенте, в то же время осознавая, что эти изменения трансформируют также терапию и самого терапевта. Поэтому в самой терапии присутствует постоянное диалектическое напряжение между процессом изменения и результатом изменения. В каждый момент времени существует временное равновесие между попытками пациента остаться таким, как есть, без изменений, и попытками изменить себя, невзирая на сдерживающие факторы своей истории и нынешней ситуации. Переход к каждому временному состоянию стабильности часто переживается пациентом как болезненный кризис. "Всякое действительное разрешение кризиса может в конце концов подразумевать новый способ существования в мире. Однако противодействие ему весьма значительно, и оно не произойдет без участия многократных и разнообразных ситуаций обычной жизни" (*ibid., p. 41*). Терапевт помогает пациенту разрешить кризис, одновременно поддерживая его попытки как самосохранения, так и самопреобразования. Контроль и руководство со стороны терапевта способствуют росту самоконтроля пациента и его самоорганизации. Забота терапевта о пациенте тесно связана с обучением пациента заботе о себе.

Диалектическое убеждение

С точки зрения диалога и отношений, "диалектика" означает изменение через убеждение и посредством использования противоречий, заложенных в терапевтических отношениях, а не формальной безликой логики. Поэтому диалектика, в отличие от аналитического мышления, личностна, она воздействует на личность в целом. Это подход, подразумевающий вовлечение человека в диалог с целью обеспечить движение. Через терапевтическое противоречие противодействующих позиций и пациент, и терапевт могут найти новый смысл в старом смысле, приближаясь, таким образом, к сути того или иного явления.

Как уже упоминалось, синтез в диалектике содержит элементы и тезиса, и антитезиса, поэтому ни одна из предыдущих позиций не может считаться "абсолютно истинной". Однако синтез всегда предполагает новый антитезис, действуя, таким образом, в качестве нового тезиса. Поэтому истина не является ни абсолютной, ни относительной; скорее, истина развивается, эволюционирует, конструируется во времени. С диалектической точки зрения, ничто не самоочевидно и ничто не изолировано от всего остального как безотносительная сущность. Смысл диалектического подхода состоит в том, чтобы никогда не принимать что-либо как окончательную ис-

тину или неоспоримый факт. Таким образом, вопрос, которым задаются и пациент, и терапевт, звучит следующим образом: "Что осталось вне нашего понимания?"

Я не имею в виду, что всякое противоречивое утверждение, например "Сейчас идет дождь и не идет дождь", будет диалектическим. Я также не говорю, что утверждение не может быть ложным или не соответствовать действительности в определенном контексте. Ложная дихотомия и ложная диалектика вполне возможны. Однако в этом случае имеет место ошибочное определение, что исключает подлинный антагонизм.

Диалектический диалог также имеет большое значение для взаимодействия терапевтического коллектива. Возможно, учет диалектических принципов может минимизировать расхождения во мнениях по поводу терапии пограничных пациентов эффективнее, чем какие-либо другие факторы. Расхождения между членами терапевтического коллектива почти во всех случаях вытекают из убеждения одного или нескольких терапевтов в том, что именно они (или только они) понимают суть определенной клинической проблемы.

Пограничное расстройство личности как диалектический сбой

В определенном смысле пограничное поведение может рассматриваться как результат диалектического сбоя.

Пограничное "расщепление"

Как уже говорилось в главе 1, пограничные и суицидальные пациенты часто мечутся между устойчивыми, но противоречивыми позициями, не будучи способными к их синтезу. Они имеют тенденцию рассматривать мир через поляризованные категории "или/или", а не "и—и", и использовать жесткую систему координат. Например, довольно обычное явление для таких индивидов — верить в то, что малейший недостаток или ошибка человека исключают возможность того, что в целом он "хороший". Жесткий когнитивный стиль таких индивидов ограничивает их способность ожидать грядущее изменение и развитие, в результате у них возникает ощущение пребывания в болезненной ситуации, которая не имеет конца. Однажды определившись, положение вещей не может измениться. Например, если человек терпит неудачу, он навсегда остается неудачником.

Подобное мышление среди индивидов с ПРЛ в психоанализе получило название "расщепления"; это понятие стало важным компонентом психоаналитической теории ПРЛ (*Kernberg, 1984*). Дихотомическое мышление, или расщепление, может рассматриваться как тенденция привязываться либо к тезису, либо к антитезису, отсюда вытекает неспособность к синтезу. Неспособность поверить в то, что и одно утверждение (например, "Я хочу жить"), и противоположное ему (например, "Я хочу умереть") могут одновременно быть истинными, характерна для суицидальных и пограничных пациентов. Расщепление, с точки зрения психодинамического подхода, представляет собой продукт неразрешимого конфликта между интенсивными отрицательными и положительными эмоциями.

Однако с диалектической точки зрения сохраняющийся конфликт представляет собой диалектический сбой. Вместо синтеза и устранения противоречий в характерном для ПРЛ конфликте имеет место противодействие прочно укоренившихся, но несовместимых позиций, желаний, мнений и т.д. Разрешение конфликта требует, во-первых, осознания этих противоположностей, затем способности подняться над ними, так сказать, видя явно парадоксальную природу обеих полюсов вместе и ни одного из них в отдельности. На уровне синтеза и интеграции, которые имеют место при преодолении полярности, кажущийся парадокс разрешается сам собой.

Трудности "Я" и идентичности

Индивиды с ПРЛ часто не могут определиться с собственной идентичностью и имеют тенденцию к поиску в своем окружении ориентиров, которые подскажут им, какими быть, что чувствовать и думать. Дезориентация может возникать вследствие неспособности чувствовать свою взаимосвязь с другими людьми, а также взаимосвязь данного момента с другими моментами времени. Такие индивиды, образно выражаясь, всегда находятся на краю пропасти. Без этих относительных "знаний" идентичность определяется относительно каждого отдельного момента в настоящем и изолированной ситуации взаимодействия; поэтому идентичность теряет стабильность и становится изменчивой и непредсказуемой. Кроме того, отсутствие связи с другими моментами времени не позволяет определять ими текущий момент. Для пациента с ПРЛ гнев со стороны собеседника в контексте определенной ситуации взаимодействия не смягчается ни другими отношениями (где он не выступает объектом отрицательных эмоций), ни другими моментами времени (когда окружающие не выражают гнева по отношению к нему). "На меня сердятся" становится бесконечной реальностью. Часть становится целым. Некоторые другие ученые указывали на важную роль памяти на аффективные события (*Lumsden, 1991*), особенно межличностные (*Adler, 1985*), в развитии и сохранении пограничного расстройства личности. Марк Уильямс (*Williams, 1991*) выдвинул подобный аргумент по отношению к сбоям автобиографической памяти. Очевидно, что приоритетные события и взаимосвязи должны быть доступны для памяти, чтобы интегрироваться с актуальной ситуацией и текущим моментом времени и выполнять смягчающую функцию.

Межличностная изоляция и отчуждение

Диалектическое понятие о единстве предполагает, что индивиды не изолированы от окружения. Изоляция, отчужденность, ощущение потери контакта с окружающими — все характерные чувства индивидов с ПРЛ — представляют собой диалектические сбои, происходящие в результате установления индивидом противопоставления "Я–другой". Подобное противопоставление может иметь место даже при нарушениях самоидентичности. Зачастую индивиды с ПРЛ пытаются обрести ощущение единства и интеграции через подавление и/или неразвитие собственной идентичности (убеждений, предпочтений, желаний, установок, отдельных навыков и т.п.), а не посредством диалектической стратегии синтеза и преодоления противоречий. Индивиды с ПРЛ не могут примириться с парадоксом, состоящим в том, что человек может быть частью целого и при этом отличаться от других. Противоречие между личностью (часть) и окружением (целое) не может быть преодолено.

Концептуализация отдельных клинических случаев: диалектический когнитивно-поведенческий подход

Концептуализация отдельных клинических случаев в ДПТ обусловлена как диалектическими принципами, так и положениями когнитивно-поведенческого подхода. В этом разделе я представлю обзор нескольких характеристик когнитивно-поведенческого подхода, которые имеют важное значение для ДПТ; я также расскажу о том, чем диалектический когнитивно-поведенческий подход отличается от традиционных когнитивных, поведенческих и биологических теорий. Более специфические теоретические положения будут рассматриваться параллельно с соответствующими стратегиями терапевтического вмешательства в ДПТ.

Определение "поведения"

Термин "поведение" в когнитивно-поведенческой парадигме имеет очень широкое значение. Сюда относится любая деятельность, функционирование или реакция человека — т.е. "все, чем занимается организм, включая деятельность и реакцию на раздражение" (*Merriam-Webster Dictionary, 1977, p. 100*). Физики употребляют этот термин в подобном смысле, описывая поведение молекулы; точно так же ученые говорят о поведении системы. Человеческое поведение может быть внешним, явным (т.е. публичным, поддающимся наблюдению окружающих) или скрытым (т.е. непубличным, поддающимся наблюдению только самого субъекта). Скрытое поведение в свою очередь может осуществляться внутри человеческого тела (например, спазмы мышц желудка) или вне тела, оставаясь при этом скрытым от других людей (например, когда индивид пребывает в одиночестве) [2].

Три модальности поведения

Современные когнитивно-поведенческие терапевты обычно относят поведение к одному из трех видов: моторному, когнитивно-вербальному и физиологическому. То, что большинство людей привыкли называть поведением, составляет моторное поведение; сюда относятся явные и скрытые действия и движения скелетно-мышечной системы. Когнитивно-вербальное поведение включает такие виды деятельности, как мышление, решение проблем, восприятие, представление, речь, письмо и общение с помощью жестов, а также поведение наблюдения (например, внимание, ориентирование, припоминание и обозревание). Физиологическое поведение включает деятельность нервной системы, желез и гладких мышц. Хотя физиологическое поведение обычно носит скрытый характер (например, сердцебиение), оно может быть и явным (например, плач, нервный румянец).

Здесь нужно отметить несколько моментов. Во-первых, разделение поведения на категории или модальности по сути своей произвольно и служит для удобства внешнего наблюдателя. Функционирование человека непрерывно, и каждая реакция подразумевает деятельность всей системы. Даже частично автономные поведенческие подсистемы имеют общие нейронные цепи и взаимосвязанные проводящие пути. Однако между поведенческими системами, которые в природе не изолированы, часто проводятся понятийные границы, поскольку такое разделение в какой-то мере помогает нам анализировать соответствующий процесс.

Эмоции как полносистемные реакции [3]

Эмоции с точки зрения современной науки представляют собой интегрированные реакции всей системы. В целом форма интеграции определяется автоматически благодаря либо жестким биологическим схемам (базовые эмоции), либо повторяющемуся опыту (выученные эмоции). Эмоция, как правило, включает несколько разновидностей поведения всех трех категорий. Так, ученые рассматривают эмоции как соединение феноменологического опыта (когнитивная система), биохимических изменений (физиологическая система), а также экспрессивных и двигательных наклонностей (физиологическая и моторная системы). Сложные, комплексные эмоции могут также включать один или больше видов оценочной деятельности (когнитивная система). В свою очередь эмоции, как правило, оказывают значительное воздействие на последующее когнитивно-вербальное, физиологическое и моторное поведение. Поэтому эмоции не только являются полносистемными поведенческими реакциями, но и сами влияют на всю систему. Комплексная, системная природа эмоций сводит на нет возможность обнаружения какого-либо уникального предвестника эмоциональной дисрегуляции как в целом, так и в отношении ПРЛ. В Рим ведет множество дорог.

Равноправие модальностей поведения как причин функционирования

В отличие от биологической психиатрии и когнитивной психологии моя позиция состоит в том, что по своей сути ни одна из модальностей поведения не доминирует как причина функционирования человека. Таким образом, в отличие от когнитивных теорий (напр., *Beck, 1976; Beck at al., 1973, 1990*) ДПТ не рассматривает поведенческую дисфункцию, в том числе эмоциональную дисрегуляцию, как результат непременно дисфункционального когнитивного процесса. Это вовсе не означает, что при некоторых условиях когнитивная деятельность не влияет на моторное и физиологическое поведение; многочисленные данные свидетельствуют как раз об обратном. Например, очень созвучны теме этой книги подтвержденные исследовательские данные Аарона Бека и его коллег (*Beck, Brown, & Steer, 1989; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985*) о том, что на основе пессимистичных ожиданий по отношению к будущему можно прогнозировать последующее суицидальное поведение.

Более того, в отличие от биологической психологии и психиатрии нейрофизиологические дисфункции в ДПТ не рассматриваются в качестве основных факторов, влияющих на поведение. Поэтому, с моей точки зрения, хотя отношения "поведение–поведение" или "система реагирования–система реагирования" и каузальные связи важны для функционирования человека, они не могут считаться более важными, чем другие связи. Самый актуальный вопрос, таким образом, обретает следующую формулировку: при каких условиях определенное поведение или модель поведения имеет место и оказывает влияние на другое поведение или его модель (*Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989*)? Однако, по большому счету, диалектический подход не предполагает поиска простых причинно-следственных моделей поведенческого влияния. Главный вопрос, скорее, будет приближаться к формулировке, которую предложили П. Маникас и П. Секорд (*Manicas & Secord, 1983*): какова

природа данного организма или процесса при доминирующих обстоятельствах? С этой точки зрения, события — включая поведенческие события — всегда будут результатом сложных причинных соотношений одного или многих уровней.

Система "индивид-среда": транзактная модель

В научной литературе предлагается несколько этиологических моделей психопатологии. Самые современные теории основаны на разных версиях интерактивной модели, с точки зрения которой характеристики индивида взаимодействуют с характеристиками окружения, что дает определенный результат — в данном случае психологическое расстройство. Самая общая и распространенная концепция взаимодействия — "диатез-стрессовая модель". Данная модель предполагает, что психологическое расстройство представляет собой результат специфической предрасположенности к определенной болезни — диатеза, проявляющегося в условиях общего или специфического "средового" стресса. Термин "диатез" обычно относится к конституциональной или биологической предрасположенности, однако более современное его значение включает любые индивидуальные характеристики, которые повышают вероятность развития того или иного расстройства у индивида. При определенной интенсивности стресса (т.е. отрицательного или неприятного "средового" раздражителя) у индивида развивается диатез-обусловленное расстройство. Индивид не может справиться с таким стрессом, что ведет к нарушению поведенческого функционирования.

В отличие от упомянутой выше концепции, диалектическая или транзактная модель предполагает, что функционирование индивида и условия окружения характеризуются постоянными интерактивностью, реципрокностью и взаимозависимостью. В рамках теории социального научения это соответствует принципу взаимного детерминизма: окружение и индивид приспосабливаются друг к другу и влияют друг на друга. Хотя индивид и испытывает на себе неизбежное влияние окружения, но и окружение подвергается воздействию индивида. Различение индивидуального человека и его окружения удобно с точки зрения образования понятий, однако в реальности их нельзя разделять. "Индивид–окружение" — это целостная система, определяющая свои составляющие и определяемая ими. Поскольку влияние взаимно, оно носит скорее транзактный, чем интерактивный характер.

С. Чесс и А. Томас (*Chess & Thomas, 1986*) много писали об этой модели реципрокного влияния в связи с проблемой воздействия различных характеристик темперамента детей на их семейное окружение и наоборот. Предложенное этими учеными понятие "недостаточного соответствия" как важного фактора этиологии психологической дисфункции во многом повлияло на мою теорию (подробнее об этом — ниже в данной главе).

Кроме акцента на реципрокном влиянии, транзактный подход также подчеркивает постоянную пластичность и изменчивость системы "индивид–окружение". А. Томас и С. Чесс (*Thomas & Chess, 1985*) назвали такую модель "гомеодинамической" в отличие от интерактивных моделей, представляющих конечное состояние индивида и окружения как разновидность "гомеостатического" равновесия.

Гомеодинамическая модель тоже имеет диалектическую сущность. Ученые приводят цитату из А. Самероффа (*Sameroff, 1975, p. 290*), который очень хорошо передает эту идею.

> [Интерактивная модель] не подходит для того, чтобы прояснить наше понимание актуальных механизмов, которые ведут к последующим результатам. Основная причина неадекватности данной модели в том, что ни конституция, ни окружение не обязательно постоянны во времени. Каждую секунду, каждый месяц или год характеристики как ребенка, так и окружения, в котором он находится, претерпевают серьезные изменения. Более того, эти различия взаимозависимы и меняются как результат их обоюдного влияния друг на друга.

Т. Миллон (*Millon, 1987a*) выразил в основном ту же мысль, рассуждая об этиологии ПРЛ и тщетности попыток локализовать "причину" расстройства в виде определенного единичного события или временного периода.

Транзактный подход акцентирует несколько моментов, которые легко проглядеть в рамках диатез-стрессовой модели. Например, окружающие люди могут действовать таким образом, который вызовет у индивида стресс, только потому, что само окружение испытало стресс, которому подверг его данный индивид. Примером такого индивида может быть ребенок, болезнь которого требует значительных затрат финансовых ресурсов семьи, или пациент психиатрической клиники, который в ущерб другим больным требует постоянного внимания лечащего персонала ввиду своих суицидальных наклонностей. И в первом, и во втором случаях окружение функционирует с повышенной нагрузкой, что затрудняет возможность должной реакции на дальнейший стресс. Окружающие люди могут пренебречь индивидом или временно обвинить его, если к системе будут предъявляться дополнительные требования, повышающие нагрузку. Хотя система (например, семья ребенка) и сама по себе может быть предрасположена к дисфункциональной реакции, таковой можно избежать, если система не будет подвергаться стрессу со стороны данного индивида.

Транзактная модель не предполагает обязательно равной интенсивности влияния с обеих сторон. Например, некоторые генетические факторы могут быть достаточно мощными, чтобы нейтрализовать благоприятное или даже терапевтическое влияние окружения. Современные исследования свидетельствуют о значительно более мощном влиянии генетического наследия даже на нормальные характеристики взрослого человека, чем это предполагалось ранее (*Scarr & McCartney, 1983; Tellegen et al., 1988*). Мы не можем сбрасывать со счетов и ситуации, воздействующие на поведение большинства индивидов, которые в них попадают, независимо от существенных стойких различий между ними (*Milgram, 1963, 1964*). Любой человек, какой бы высокой ни была его устойчивость к неблагоприятным средовым факторам, пострадает, если подвергнется, например, неоднократному сексуальному или физическому насилию.

Графическое представление системы "окружение-личность"

Графически система "окружение–личность" представлена на рис. 2.1. Я разработала эту модель несколько лет назад, чтобы систематизировать данные о суицидальном и парасуицидальном поведении. Слева расположен четырехугольник, символизирующий подсистему окружения. Хотя на этой схеме окружение представлено в виде четырехугольника, это сделано исключительно для того, чтобы отразить теоретические аспекты, относящиеся к суицидальному поведению. В зависимости от определенных средовых факторов, которые считаются важными для события или поведенческого паттерна, можно представить такое количество аспектов окружения, которое соответствует определенной теории.

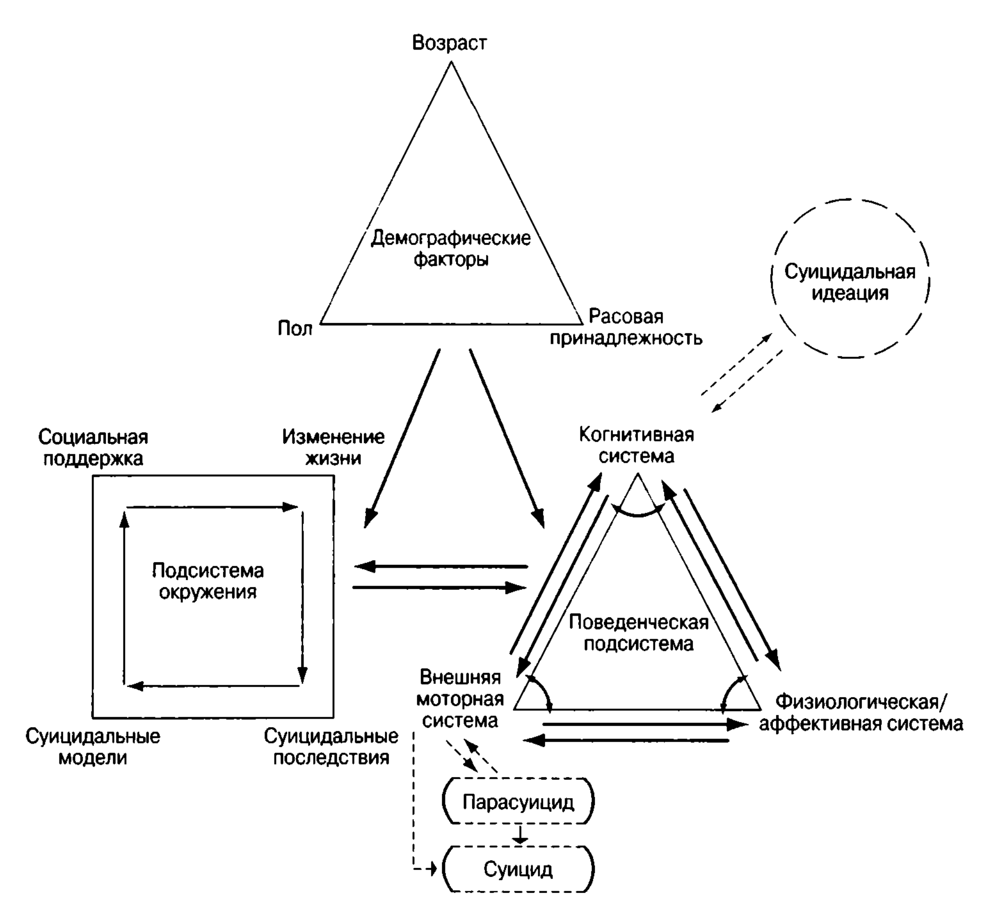


Рис. 2.1. Социально-поведенческая модель суицидального поведения: система "окружение–личность". Из: *Linehan, 1981, p. 252. © 1981 by Garland Publishing, New York.* Перепечатано с разрешения

Человек на схеме включает в себя две отдельные подсистемы. Поведенческая подсистема изображена в виде треугольника, каждый из углов которого представляет одну из описанных выше модальностей поведения. Дугообразные обоюдонаправленные стрелки в каждом углу треугольника означают, что реакции в рамках каждого вида поведения саморегулирующиеся. Это проявляется в том, что изменения в одной реакции вызывают изменения в другой. Интересно, что хотя данный аспект поведения хорошо изучен относительно физиологических реакций, саморегуляции моторно-поведенческих или когнитивно-вербальных реакций уделяли относительно мало внимания.

Другой треугольник изображает стабильные, организмические характеристики личности, которые обычно не подвергаются влиянию ни со стороны поведения индивида, ни со стороны его окружения. Эти стабильные характеристики могут, в свою очередь, оказывать существенное влияние как на окружение, так и на поведение индивида. В представленной здесь модели вершины треугольника символизируют пол, расовую принадлежность и возраст. Как и в случае с представлением окружения в виде четырехугольника, выбор треугольника достаточно условен и определяется концептуальным удобством. Пол, раса и возраст имеют важное отношение к суицидальному поведению. Представление других расстройств будет включать иной набор переменных. Например, при изучении шизофрении может потребоваться переменная наследственности.

Биосоциальная теория: диалектическая теория развития пограничного расстройства личности

Обзор

ДПТ основана на биосоциальной теории функционирования личности. Основная посылка заключается в том, что ПРЛ — это прежде всего дисфункция системы эмоциональной регуляции; она возникает в результате биологических нарушений в сочетании с определенными видами дисфункционального окружения, а также в результате их взаимодействия и взаимного наложения с течением времени. Характеристики, ассоциирующиеся с ПРЛ (подробнее об этом — в главе 1, особенно в табл. 1.2 и 1.5), представляют собой следствие основополагающей эмоциональной дисрегуляции (и, таким образом, вторичны по отношению к ней). Более того, эти же модели выступают причиной последующей дисрегуляции. Инвалидирующее* окружение способствует развитию у ребенка эмоциональной дисрегуляции; такое окружение не может обучить ребенка, как определять и регулировать свое эмоциональное возбуждение, как переносить эмоциональный дистресс и когда доверять собственным эмоциональным реакциям как отражению правильной интерпретации событий.

В зрелом возрасте индивиды с ПРЛ приобретают характеристики своего инвалидирующего окружения. Таким образом, они склонны недооценивать собствен-

* Инвалидация (от англ. *in* — не, *valid* — действительный, веский) — игнорирование и непризнание окружением эмоциональных реакций индивида. Инвалидация сообщает индивиду о неприемлемости его чувств. — *Примеч. ред.*

ные эмоциональные переживания, обращаться к переживаниям других людей как адекватному отражению внешнего мира и чрезмерно преувеличивать легкость решения жизненных проблем. Это преувеличение неизбежно приводит к постановке недостижимых целей, неспособности использовать поощрение за небольшое продвижение к конечным целям вместо наказания и ненависти к себе за недостижение поставленных целей. Стыд — характерная реакция на неконтролируемые и отрицательные эмоции у индивидов с ПРЛ — естественный результат воздействия социального окружения, которое "стыдит" тех, кто проявляет эмоциональную уязвимость.

Как уже говорилось в главе 1 (в несколько ином контексте), предложенная мной концепция подобна взглядам Дж. Гротштейна и его коллег (*Grotstein et al., 1987*), которые предположили, что пограничное расстройство личности суть расстройство саморегуляции. Под этим имеется в виду, что в основе данного расстройства лежит изначальное нарушение регуляции собственных состояний "Я", таких, например, как возбуждение, внимание, сон, бодрствование, самооценка, аффект и потребности, а также вторичных последствий такого нарушения. Как заметили Дж. Гротштейн и его коллеги, не много концепций ПРЛ интегрировали биологические и психологические факторы, образуя целостную теорию. До сих пор большинство теорий были или последовательно психологическими, или психоаналитическими (напр., *Adler, 1985; Masterson, 1972, 1976; Kernberg, 1975, 1976; Rinsley, 1980a, 1980b; Meissner, 1984*), или же когнитивно-поведенческими (напр., *Beck et al., 1990; Young, 1987; Pretzer, in press*); либо они были порождением биологической психиатрии (напр., *Klein, 1977; Cowdry & Gardner, 1988; Akiskal, 1981, 1983; Wender & Klein, 1981*). Формулировка Дж. Гротштейна (*Grotstein, 1987*) — соединение биологической психиатрии и психоаналитически-ориентированного подхода. Подобную интеграцию предложил и М. Стоун. Он удачно описал трудности, сопряженные с освоением двух широких областей, психологии и биологии, и их интеграцией в единую концепцию ПРЛ, как приближающиеся "по сложности к задаче перевода текста, составленного из арабских слов вперемешку с китайскими" (*Stone, 1987, pp. 253-254*).

Биосоциальная формулировка, представленная мной, основана прежде всего на экспериментальной психологической литературе. Изучая эти работы, я обнаружила множество эмпирических данных по таким разнообразным темам, как личностное и поведенческое функционирование, генетические и психологические основы поведения и личности, темперамента, основы эмоционального функционирования и средовых воздействий на поведение. Тем не менее, за редким исключением (напр., *Costa & McCrae, 1986*), никто не пытался применить эти данные в психологии для понимания расстройств личности. Такое положение вещей объясняется, вероятно, тем, что до нынешнего времени эмпирическим изучением расстройств личности занимались преимущественно психиатры, в то время как эмпирическое изучение поведения как такового (включая его биологические основы) было полем деятельности психологов. Две эти области знания разделяла пропасть, поскольку представители одной дисциплины мало интересовались знаниями, накопленными в другой. Эмпирически обоснованная клиническая психология, которую можно считать естественным мостиком, возникшим между двумя дисциплинами, до сих пор мало внимания уделяла (если вообще уделяла) расстройствам личности.

Пограничное расстройство личности и эмоциональная дисрегуляция

Как я уже упоминала, согласно биосоциальной теории ПРЛ прежде всего представляет собой расстройство системы эмоциональной регуляции. Эмоциональная дисрегуляция в свою очередь объясняется высокой эмоциональной уязвимостью в сочетании с неспособностью регулировать эмоции [4]. Чем больше эмоционально уязвим индивид, тем больше его потребность в эмоциональной регуляции. Вся трагедия в том, что индивиды с ПРЛ эмоционально уязвимы и в то же время не обладают нужными навыками эмоциональной модуляции, а также в том, что эти трудности коренятся в генетической предрасположенности, которая усиливается при определенных переживаниях, связанных с окружением.

Посылка относительно крайней эмоциональной уязвимости соответствует эмпирическим описаниям, разработанным в совершенно разных исследовательских школах как в отношении парасуицидальных индивидов, так и индивидов с ПРЛ. Я провела обзор этих работ в главе 1. В совокупности эмоциональная картина как парасуицидальных, так и пограничных индивидов представляет собой хронически негативный аффективный опыт. Неспособность сдерживания неадаптивных, эмоционально обусловленных действий — это, по определению, составляющая пограничного синдрома. Внимание к аффективной дисрегуляции как аспекту ПРЛ обычно сосредоточено на континууме "депрессия–мания" (напр., *Gunderson & Zanarini, 1989*). Я, наоборот, использую термин "аффект" в более широком значении и предполагаю, что индивиды с ПРЛ испытывают трудности с регуляцией, которые распространяются на несколько систем (если не на все системы). Хотя высока вероятность того, что эмоциональная дисрегуляция наиболее выражена по отношению к отрицательным эмоциям, индивиды с ПРЛ, по всей видимости, испытывают трудности и с регуляцией положительных эмоций и их последствий.

Эмоциональная уязвимость

Характеристики эмоциональной уязвимости включают высокую чувствительность к эмоциональным раздражителям, эмоциональную интенсивность и медленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию. "Высокая чувствительность" означает, что индивид реагирует быстро и обладает низким порогом чувствительности, т.е. для вызова эмоциональной реакции не требуется сильного раздражителя. События, которые оставляют равнодушными большинство людей, могут беспокоить эмоционально уязвимого человека. Чувствительный ребенок эмоционально реагирует на малейшую неудовлетворенность или неодобрение. Если это взрослый человек, его может вывести из себя, например, известие о том, что терапевт уезжает за город на выходные, хотя у большинства других пациентов это не вызовет эмоциональной реакции. Чем чревата эмоциональная уязвимость для терапии? Я думаю, это очевидно. Многие терапевты и родственники больных с ПРЛ знают по опыту, что с этими индивидами приходится обращаться чрезвычайно осторожно, как с неким хрупким предметом, но даже особые меры осторожности не всегда предохраняют от болезненных чувств.

"Эмоциональная интенсивность" означает, что чувства индивидов отличаются чрезвычайной силой, их ощущение мира драматично. Недостаток этой особенности в том, что расставание, например, может вызвать глубокую, болезненную тоску;

то, что для другого человека было бы легким недоразумением, будет воспринято индивидами данной категории как крайнее унижение; раздражение может перейти в гнев; из малейшего чувства вины может развиться сильнейший стыд; опасение может вырасти в панику или непреодолимый ужас. Что касается положительной стороны, то такие индивиды могут быть идеалистами, легко влюбляются. Им легче радоваться, они восприимчивы к духовному опыту.

Некоторые исследователи обнаружили, что возрастание эмоционального возбуждения, эмоциональной интенсивности сужает диапазон внимания индивида, поэтому эмоционально значимые раздражители приобретают еще большее значение, им уделяется больше внимания и сил (*Easterbrook, 1959; Bahrick, Fitts, & Rankin, 1952; Bursill, 1958; Callaway & Stone, 1960; Cornsweet, 1969; McNamara & Fisch, 1964*). Чем сильнее возбуждение, чем больше эмоциональная интенсивность, тем более направленным становится внимание. С клинической точки зрения это явление можно рассматривать как характеристику исключительно индивидов с ПРЛ. Однако очень важно помнить о том, что эти тенденции не являются патологическими, они характерны для любого индивида, находящегося в состоянии чрезвычайного эмоционального возбуждения. Малочисленность теорий и исследований, посвященных эмоциям как причине когнитивных процессов (по сравнению с большим количеством теорий о когнитивных процессах как причине эмоций), может быть результатом нашего видения индивидуального поведения как продукта рационального сознания (*Lewis, Wolan-Sullivan, & Michalson, 1984*), свойственного западной мысли.

"Медленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию" означает, что чувства характеризуются продолжительностью. Здесь важно отметить, однако, что все эмоции относительно непродолжительны и длятся от нескольких секунд до нескольких минут. Ощущение продолжительности эмоций возникает потому, что эмоциональное возбуждение, или настроение, как правило оказывает глубокое влияние на некоторые когнитивные процессы, которые в свою очередь связаны с активацией и реактивацией эмоциональных состояний. Г. Боуэр и его коллеги (*Bower, 1981; Gilligan & Bower, 1984*), проработав большой объем исследовательских работ, выяснили, что эмоциональные состояния 1) избирательно воздействуют на вспоминание аффективно окрашенного материала, что выражается в явлении сверхпамяти (имеет место в случае, когда эмоциональное состояние при вспоминании соответствует таковому при предшествующем обучении); 2) повышают эффективность обучения материалу, который согласуется с определенным настроением; 3) могут влиять на интерпретации, фантазии, проекции, свободные ассоциации, личностные прогнозы, а также социальные суждения таким образом, который соответствует нынешнему настроению. Эмоции могут, кроме того, дольше сохраняться у индивидов с ПРЛ ввиду большей интенсивности их чувств, о чем говорилось выше. При сильном эмоциональном возбуждении окружение (включая поведение терапевта) может получать избирательное внимание индивида, т.е. индивид реагирует на действия и события сообразно своему нынешнему настроению и пренебрегает другими.

Влияние настроения на когнитивные процессы обосновано с точки зрения теории эмоций как полносистемных реакций. Переживаемая эмоция интегрирует "под себя" всю систему. В некотором смысле удивительно, что эмоции вообще прекращаются, ведь эмоции, однажды активировавшись, включаются снова

и снова. Медленный возврат к прежнему эмоциональному состоянию усиливает этот эффект, он также способствует высокой чувствительности к следующему эмоциональному раздражителю. Эта особенность может иметь важное значение для терапии данной категории пациентов. Индивиды с ПРЛ нередко признаются, что им требуется несколько дней, чтобы восстановиться после психотерапевтического сеанса.

Эмоциональная модуляция

Исследования эмоционального поведения свидетельствуют о том, что эмоциональная регуляция требует двух несколько парадоксальных стратегий. Индивид должен сначала научиться переживать и идентифицировать отдельные эмоции, жестко интегрированные в нейропсихологическую, поведенческо-экспрессивную и сенсорно-чувственную системы. Затем индивид должен научиться ослаблять эмоционально-значимые раздражители, которые либо реактивируют, либо усиливают имеющиеся отрицательные эмоции, или же научиться компенсировать вторичные дисфункциональные эмоциональные реакции. Как только интенсивная эмоция активируется, индивид должен суметь сдержать или помешать активации соответствующих его настроению образов, мыслей, оценок, ожиданий и действий.

Базовые эмоции мимолетны и в целом адаптивны (*Eckman, Friesen, & Ellsworth, 1972; Buck, 1984*). Постоянное сдерживание или прерывание отрицательных эмоций имеет, по-видимому, ряд дисфункциональных последствий. Во-первых, сдерживание может привести к игнорированию ситуации, вызывающей данные эмоции. Индивид, который никогда не испытывает гнев из-за несправедливости, вряд ли сможет запомнить несправедливые ситуации. Индивид может снова и снова попадать в чрезвычайно опасные ситуации, если он не испытывает связанного с опасностью страха. Индивид может испортить отношения с окружающими, если он сдерживает стыд, не позволяя эмоциям корректировать свое асоциальное поведение.

Во-вторых, сдерживание или прерывание отрицательных эмоций способствует эмоциональному избеганию. Если индивид научился вторичной эмоциональной реакции на отрицательные эмоции, сдерживание первичной эмоции лишает шансов на переучивание. Эта парадигма подобна парадигме научения избеганию. Животные, обученные избегать клетки с помощью электрошока, перестанут входить в клетку, даже если отключить электрический ток, а для переучивания они непременно должны снова войти в клетку. Инвалидирующее семейное окружение (его я опишу позже) весьма напоминает электрошоковую терапию. Индивиды с ПРЛ научаются избегать негативных эмоциональных раздражителей; у них развивается боязнь отрицательных эмоций. Однако без негативных переживаний индивид не сможет научиться переносить эмоции и не узнает о том, что выражение отрицательных эмоций не сопровождается наказанием.

В-третьих, нам просто неизвестны долгосрочные последствия сдерживания и прерывания эмоций. Этот вопрос остро нуждается в изучении. Есть некоторые данные, свидетельствующие о том, что эмоциональные переживания и катарсис ведут к менее стрессовым негативным эмоциональным состояниям. Существуют также доказательства того, что эмоциональный катарсис скорее повышает эмоци-

ональность, чем снижает (обзор этих исследований см. в: *Bandura, 1973*). При каких условиях эмоциональное переживание способствует прогрессу терапии, а не мешает ему — важный вопрос, которому до сих пор не уделяли должного внимания.

Джон Готтман и Линн Катц (*Gottman & Katz, 1990*) выделили четыре вида процессов или способностей эмоциональной модуляции. Сюда относятся следующие способности: 1) сдерживания неадекватного поведения, связанного с сильным негативным или позитивным аффектом; 2) саморегуляции физиологического возбуждения, связанного с аффектом; 3) перенаправления внимания в присутствии сильного аффекта; 4) самоорганизации для координированных действий ради достижения внешней, не привязанной к настроению цели.

Принцип изменения, или модулирования, эмоциональных переживаний посредством изменения эмоционально зависимого поведения или сопротивления ему выступает одним из важнейших принципов, лежащих в основе экспозиционных техник поведенческой терапии. Помимо непосредственного повышения степени эмоциональности, неадекватное, привязанное к настроению поведение обычно ведет к последствиям, которые вызывают другие нежелательные эмоции. Координированные действия, служащие достижению той или иной внешней цели, обеспечивают жизненный прогресс. Таким образом, подобное поведение обладает долгосрочным потенциалом повышения положительных эмоций, снижения стресса и, соответственно, снижения эмоциональной уязвимости. Кроме того, такие действия выступают противоположностью привязанного к настроению поведения. Это один из примеров того, как действия человека могут изменить его эмоциональное состояние. Подробнее об этих принципах говорится в главе 11.

Воздействие на эмоции посредством изменения уровня физиологического возбуждения — принцип, лежащий в основе некоторых терапевтических стратегий изменения эмоций, таких как разновидности релаксационной терапии (включая десенситизацию), применение определенных медикаментов и обучение дыхательным техникам при терапии панических расстройств. Способность модулировать связанное с аффектом психологическое возбуждение означает, что индивид способен не только снизить сильное возбуждение, связанное с некоторыми эмоциями — такими, например, как гнев и страх, — т.е. успокоиться, но и повысить слабое возбуждение, связанное с другими эмоциями — такими, например, как грусть и подавленность (т.е., образно выражаясь, "встряхнуться"). Обычно для этого требуется способность заставить себя произвести действие, даже вопреки настроению. Например, одна из основных техник в когнитивной терапии при лечении депрессии — составление плана действий и его выполнение.

Многие ученые подчеркивали важную роль контролирования внимания как способа регуляции контакта с эмоциональными раздражителями (напр., *Derryberry & Rothbart, 1984, 1988*). Перенос внимания на положительный раздражитель может поддержать или повысить действующее существующее возбуждение и положительные эмоции; перемещение внимания в сторону от отрицательного раздражителя может ослаблять или ограничивать отрицательное возбуждение и отрицательные эмоции. Таким образом, индивиды, способные контролировать направленность внимания и перемещать его — два взаимосвязанных, но разных процесса (*Posner, Walker, Friedrich, & Rafal, 1984*), — имеют преимущество в регуляции своих чувств.

Индивидуальные различия в контроле внимания очевидны еще в раннем возрасте (*Rothbart & Derryberry, 1981*) и проявляются у взрослых в форме устойчивых характеристик темперамента (*Keele & Hawkins, 1982; Derryberry, 1987; McLeod, Mathews, & Tata, 1986*). Этот момент представляет особый интерес в свете данных, свидетельствующих о половых различиях в реакциях внимания под воздействием стресса (*Nolen-Hoeksema, 1987*). Так, было сделано заключение, что у женщин, по крайней мере в состоянии депрессии, наблюдаются более связанные с мыслями реакции внимания, чем у мужчин. Мысли на тему своего подавленного состояния в свою очередь генерируют депрессивные объяснения причин такого состояния, которые еще больше усугубляют депрессию и приводят к большей беспомощности перед будущими проблемами (*Diener & Dweck, 1978*). И наоборот, мужчины более склонны прибегать к отвлекающим действиям, которые нейтрализуют депрессивное состояние. Представляется вполне разумным выдвинуть гипотезу о том, что неспособность отвлечься от негативных, эмоционально значимых раздражителей может быть важной частью эмоциональной дисрегуляции, характерной для индивидов с ПРЛ, каковыми, как уже упоминалось, являются преимущественно женщины.

Биологические основы

Механизмы эмоциональной дисрегуляции в ПРЛ непонятны, однако проблемы реактивности лимбической системы и контроля внимания могут иметь важное значение. Система эмоциональной регуляции характеризуется сложностью, однако есть основания полагать, что дисфункция выступает результатом действия некоего общего фактора у всех индивидов с ПРЛ. Биологические причины могут предположительно образовывать диапазон от генетического влияния и неблагоприятных внутриутробных событий до средовых воздействий на развитие мозга и нервной системы в раннем детстве.

Р. Каудри и соавторы (*Cowdry et al., 1985*) сообщают о данных, свидетельствующих о возможности низкого порога активации лимбических структур у некоторых индивидов с ПРЛ, соотнося систему мозга с функцией эмоциональной регуляции. В частности, Р. Каудри и его коллеги замечают точки пересечения у симптомов парциальных приступов, эпизодических нарушений контроля и ПРЛ. Положительный эффект противосудорожных препаратов (*carbamasepine*) на индивидов с ПРЛ, нейрофизиологическую область воздействия которых составляет лимбическая зона, служит еще одним доказательством этому (*Gardner & Cowdry, 1986, 1988*).

Другие исследователи сообщают, что у пациентов с ПРЛ наблюдалось значительно больше случаев электроэнцефалографической дисритмии, чем у пациентов контрольной группы, страдающих депрессией (*Snyder & Pitts, 1984; Cowdry et al., 1985*). П. Андрулонис и его коллеги (*Andrulonis et al., 1981; Akiskal et al., 1985a, 1985b*) пытались привязать неврологически обусловленные дисфункции к ПРЛ. Однако в своих экспериментах они не использовали контрольные группы, поэтому их результаты трудно интерпретировать. Наоборот, Дж. Корнелиус и его соавторы (*Cornelius et al., 1989*) провели обзор нескольких исследований, в которых индивиды с ПРЛ сравнивались с пациентами, проявляющими симптомы других психических расстройств. Они были уравнены по характеристикам электроэнцефалограммы; отсутствию отягощенной наследственности (умственной отсталости, эпилепсии

или неврологических расстройств); результатам выполнения батареи тестов, применяющихся для оценки основных сфер когнитивного функционирования; истории нейрологического развития. Интересен тот факт, что Корнелиус и его соавторы действительно сообщают о данных, свидетельствующих о раннем возникновении паттернов пограничного поведения у индивидов с ПРЛ. Например, вспышки раздражения, катание по полу и удары головой о стену чаще наблюдались у тех детей, которым позже ставили диагноз "пограничное расстройство личности", чем у детей, у которых позже обнаруживалась депрессия или шизофрения.

Еще одна стратегия исследования, предназначенная для обнаружения влияния на поведение биологических факторов, — сравнение различных поведенческих дисфункций у членов семьи индивидов с ПРЛ. При изучении характеристик ближайших родственников индивидов с ПРЛ был обнаружен более высокий по сравнению с другими категориями процент аффективных расстройств (*Akiskal, 1981; Andrulonis et al., 1981; Baron, Gruen, Asnis, & Lord, 1985; Loranger, Oldham, & Tulis, 1982; Pope et al., 1983; Schulz et al., 1986; Soloff & Millward, 1983; Stone, 1981*), а также тесно связанных с ними черт личности, например гистрионических* и антисоциальных характеристик (*Links, Steiner, & Huxsley, 1988; Loranger et al., 1982; Pope et al., 1983; Silverman et al., 1987*), и симптомов пограничного расстройства личности (*Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1988*), чем среди родственников пациентов контрольных групп. Однако многие другие исследователи не смогли найти подобные связи, когда проводился контроль всех значимых характеристик (см. обзор в: *Dahl, 1990*). Такое исследование, проведенное С. Торгерсеном (*Torgersen, 1984*), говорит скорее о психосоциальной модели передачи заболевания, чем генетической. Почти не проводились исследования, направленные на установление связей между характеристиками темперамента индивидов с ПРЛ и сведениями о генетической и биологической этиологии данных свойств темперамента. Такое исследование крайне необходимо.

Однако и другие факторы, кроме генетических, могут быть в равной мере важны для нейрофизиологического функционирования, особенно в системе эмоциональной регуляции. Мы знаем, например, что характеристики внутриутробной среды могут иметь решающее значение для развития плода. Более того, эти характеристики влияют на будущие поведенческие паттерны индивидов. Достаточно привести несколько примеров, чтобы обосновать это утверждение. Фетальный алкогольный синдром, который характеризуется задержкой умственного развития и гиперактивностью, импульсивностью, отвлекаемостью, раздражительностью, замедленным развитием и нарушениями сна ребенка, — результат того, что беременная женщина злоупотребляла алкоголем (*Abel, 1981; 1982*). Подобные дисфункции регулярно отмечаются у грудных детей наркоманок (*Howard, 1989*). Накапливается все больше свидетельств того, что стрессовое воздействие со стороны окружения, испытываемое беременной женщиной, может оказать отрицательное влияние на развитие ребенка в будущем (*Davids & Devault, 1962; Newton, 1988*).

---

* Гистрионизм (от лат. histrio — актер) — театральное поведение больных истерией с присущими им чертами эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, повышенной внушаемости и реактивности, склонности к драматизации. Гистрионизм проявляется сильной эмоциональной экспрессией в мимике, пантомимике, речевых интонациях, повышенной вокализацией. — *Примеч. ред.*

Переживания постнатального периода также могут иметь важные биологические последствия. Установлено, что радикальные события и условия окружения могут модифицировать нейронные структуры (*Donnenberg, 1981; Greenough, 1977*). Нет причин сомневаться в том, что нейронные структуры и функции, относящиеся к эмоциональному поведению, также могут испытывать подобное воздействие от контактов с окружением (см. обзор в: *Malatesta & Izard, 1984*). Взаимосвязь между травмой, вызванной окружением, и эмоциональной регуляцией особенно очевидна, если учесть распространенность опыта перенесенных в детском возрасте сексуальных домогательств среди пациенток с ПРЛ (об этом я буду говорить в другом разделе этой же главы).

Пограничное расстройство личности и инвалидирующее окружение

Характеристики темперамента у взрослых индивидов с ПРЛ весьма схожи с портретом "трудного ребенка", предложенным А. Томасом и С. Чессом. На основании своих исследований характеристик темперамента у детей до семи лет ученые определили трудных детей как "группу с нерегулярными биологическими функциями, негативными реакциями отчуждения на новые раздражители, отсутствием приспособляемости или медленной приспособляемостью к изменениям и интенсивными проявлениями настроения, которые зачастую носят отрицательный характер" (*Thomas & Chess, 1985, p. 219*). Эта группа в данном исследовании составляла примерно 10% выборки. Очевидно, однако, что не у всех детей с "трудным характером" впоследствии развиваются симптомы ПРЛ. Хотя у большинства детей (70%), которых изучали С. Чесс и А. Томас (*Chess & Thomas, 1986*), в школьные годы наблюдались расстройства поведения, состояние большинства из них улучшилось или нормализовалось в юношеском возрасте. Кроме того, как указывают С. Чесс и А. Томас, "трудный характер" может со временем развиться у детей, у которых изначально его не было.

А. Томас и С. Чесс предположили, что "достаточное соответствие", так же как и "недостаточное соответствие" ребенка окружению существенно важны для понимания последующего поведенческого функционирования. Достаточное соответствие имеет место, когда свойства окружения, в котором находится ребенок, его ожидания и требования согласуются с возможностями, характеристиками и стилем поведения ребенка. В результате развитие и поведенческое функционирование протекают оптимально. И наоборот, недостаточное соответствие имеет место, если возникают несообразности и дисгармония между возможностями и требованиями окружения, с одной стороны, и возможностями и характеристиками ребенка — с другой. В этих случаях возникают неадаптивные функции и искаженное развитие (*Thomas & Chess, 1977; Chess & Thomas, 1986*). Именно это понятие "недостаточного соответствия" я считаю ключевым для понимания развития ПРЛ. Однако какой именно тип окружения вызовет "недостаточное соответствие", ведущее к развитию данного расстройства? Я полагаю, что инвалидирующее окружение с высокой вероятностью приведет к развитию у последнего ПРЛ.

Характеристики инвалидирующего окружения

Инвалидирующее окружение — это такое окружение, в котором выражение индивидом своих эмоциональных переживаний сталкивается с переменчивыми, неадекватными и обостренными реакциями. Другими словами, чувства индивида не признаются или игнорируются его окружением; за ними часто следует наказание. Переживание болезненных эмоций, а также события, которые кажутся индивиду причиной его эмоционального дистресса, игнорируются. Интерпретации индивидом своего собственного поведения, включая переживание намерений и мотиваций, связанных с поведением, отвергаются.

Инвалидация окружением чувств индивида имеет две основные особенности. Во-первых, пациенту дают понять, что он ошибается как в описании, так и в анализе своих собственных переживаний, особенно в представлениях о причинах своих эмоций, убеждений и действий. Во-вторых, переживания приписываются социально неприемлемым характеристикам или чертам личности индивида. Окружение может настаивать на том, что индивид испытывает то, в чем не признается ("Ты разгневана, просто не хочешь в этом признаться"); что индивид предпочитает или любит то, о чем не говорит (вспомним ставшее почти афоризмом выражение: "Если женщина говорит «нет», она имеет в виду «да»"); что индивид сделал то, от чего отказывается. Выражение отрицательных эмоций может приписываться таким чертам, как гиперактивность, гиперсензитивность, паранойя, искаженное восприятие событий или неспособность к установлению положительных отношений. Поведение, влекущее непреднамеренные негативные последствия для окружающих, может объясняться враждебными мотивами или манипуляцией. Неудача или любое отклонение от норм социального успеха приписывается недостатку мотивации или дисциплины, недостаточным усилиям и т.п. Позитивные убеждения и планы действий, выражение положительных эмоций могут подобным образом не признаваться окружением или приписываться недостаточной проницательности, наивности, идеалистичности и инфантильности индивида. В любом случае личные переживания и эмоции индивида не считаются адекватными реакциями на события.

Инвалидирующее окружение обычно нетерпимо к проявлениям отрицательных эмоций, по крайней мере тогда, когда такие проявления не сопровождаются общественными событиями, санкционирующими соответствующие реакции. В целом такая позиция весьма напоминает ситуацию, когда утопающий должен сам себя вытащить за волосы — нужно только постараться, и ты все сможешь. Не смог — значит, не старался. Высоко ценятся индивидуальное мастерство и личные достижения, по крайней мере это касается эмоционального контроля и ограничения требований к окружению. Члены инвалидирующего окружения зачастую энергично пропагандируют свою точку зрения и активно выражают неудовлетворенность в связи с неспособностью пациента разделять их взгляды. Большое значение придается тому, чтобы быть счастливым или, по крайней мере, уметь рассмеяться в лицо трудностям; вере в свою способность достичь любой цели или, по крайней мере, умению "не пасовать" перед безнадежными ситуациями; и, больше всего, роли "положительного настроя" в преодолении любых преград. Неспособность соответствовать этим ожиданиям ведет к порицанию, критике и попыткам окружающих изменить (даже насильно) "неадекватные" установки. Требования, которые в свою очередь индивид может предъявить к окружению, обычно весьма ограничены.

Данная модель напоминает концепцию "выраженной эмоции", имеющей место у родственников как депрессивных индивидов, так и шизофреников с высоким процентом рецидивов (*Leff & Voughn, 1985*). Исследование "выраженной эмоции" свидетельствует о том, что подобная семейная констелляция может оказывать чрезвычайно мощное воздействие на уязвимого индивида. "Выраженная эмоция" в упомянутой выше работе относится к критике и чрезмерному вовлечению. Понятие, о котором идет речь в этой книге, включает два этих аспекта, но, кроме того, подчеркивает непризнание действительного состояния индивида. В результате окружающие, в том числе родители или другие лица, заботящиеся об индивиде, не только не признают его переживаний, но и нечувствительны к его потребностям.

Несколько примеров из клинической практики помогут вам лучше понять эту идею. Во время встречи с членами семьи пациентки, которая страдала алкоголизмом и часто совершала серьезные суицидальные попытки, ее сын заметил, что она могла бы просто "плюнуть на все проблемы", как это делают он, его брат и отец. Большое количество пациентов, задействованных в моем исследовательском проекте, рассказывали, что родители активно разубеждали их в необходимости обращения к терапевту. Одна 18-летняя пациентка, которая несколько раз проходила стационарное лечение, предприняла множество парасуицидальных попыток, страдала гиперактивностью и дислексией*, принимала наркотики, каждую неделю после психотерапевтических сеансов выслушивала увещевания своих родителей о том, что она не нуждается в психиатрическом лечении, что она сама сможет наладить свою жизнь, если по-настоящему этого захочет. "Если говорить о проблемах, от этого станет еще хуже", — утверждал отец девушки. Другой пациентке в детстве говорили, что если она заплачет, когда упадет или ударится, то мамаша даст ей повод заплакать "по-настоящему". Если же девочка все-таки плакала, мать била ее.

Последствия развития ребенка в инвалидирующем окружении

Последствия развития ребенка в инвалидирующем окружении проявляются в следующем. Во-первых, не признавая и игнорируя чувства ребенка, такое окружение не учит его определять личные переживания, включая эмоции, таким образом, который будет нормативен по отношению к таким же или подобным переживаниям в более широком социальном диапазоне. Ребенок также не учится модуляции эмоционального возбуждения. Поскольку проблемы эмоционально уязвимого ребенка не признаются, попытки разрешить эти проблемы недостаточно энергичны. Ребенку говорят, что он должен контролировать свои эмоции, но не объясняют, как именно это делать. Это все равно что заставлять безногого ребенка ходить, не обеспечив его протезами. Неприятие или преуменьшение изначальных проблем становится преградой для внимания, поддержки и обучения, в которых нуждается такой ребенок. Поэтому ребенок не может научиться адекватно классифицировать или контролировать свои чувства.

Во-вторых, преуменьшая жизненные проблемы, окружение не учит ребенка переносить дистресс или ставить реалистичные цели и ожидания.

---

* Дислексия (греч. *dys* — нарушение функции, рассогласование, *lexis* — речь, слово) — расстройство развития способности к чтению. — *Примеч. ред.*

В-третьих, в инвалидирующем окружении зачастую необходимы крайние эмоциональные проявления и/или чрезвычайные проблемы для того, чтобы вызвать желаемую реакцию. Поэтому чрезвычайные социальные ситуации благоприятствуют развитию обостренных эмоциональных реакций. Нерегулярно наказывая за выражение отрицательных эмоций и нерегулярно подкрепляя проявления крайне обостренных эмоций, инвалидирующее окружение учит ребенка колебаться между сдерживанием эмоций, с одной стороны, и чрезвычайными эмоциональными состояниями — с другой.

Наконец, такое окружение не может научить ребенка, в каких случаях можно доверять своим эмоциональным и когнитивным реакциям как отражению правильных интерпретаций личных или ситуативных событий. Вместо этого ребенок учится отыскивать именно в окружении ориентиры, которые подскажут, как следует мыслить, чувствовать и действовать. Способность человека доверять себе хоть в какой-то мере имеет решающее значение; человек по крайней мере должен доверять своему решению не доверять себе. Поэтому непризнание и игнорирование его чувств обычно переживается индивидом чрезвычайно мучительно. Люди, чувства которых инвалидируются, обычно или покидают свое окружение, или стараются изменить свое поведение таким образом, чтобы оно отвечало его требованиям; либо пытаются нейтрализовать воздействие окружения. Пограничное расстройство личности возникает в том случае, если индивид не может покинуть свое инвалидирующее окружение и не может изменить ни свое поведение, ни само это окружение, чтобы соответствовать его требованиям.

Может возникнуть впечатление, что такое окружение должно привести взрослого индивида скорее к расстройству личности в виде зависимости, чем к ПРЛ. Я подозреваю, что такой исход был бы вполне вероятен для ребенка с меньшей эмоциональной уязвимостью. Однако если речь идет об эмоционально уязвимых детях, недостоверная информация, поступающая со стороны окружения, почти всегда вступает в противодействие с таким же мощным сообщением чувств ребенка: “Ты можешь убеждать меня в том, что это делалось из любви ко мне, но мои страдания, мой ужас, моя ярость убеждают меня в том, что это не любовь. Ты можешь говорить мне, что я справлюсь, что это просто, но моя паника убеждает меня в том, что я не смогу, что мне это не под силу!”

Положение эмоционально уязвимого индивида, страдающего от отказа окружения валидировать его чувства, напоминает положение в нашем обществе человека с лишним весом. Наша культура (в том числе ежедневная реклама различных методов снижения веса) и родственники индивида, у которых нормальный вес, постоянно убеждают жертву, что похудеть легко, единственное, что для этого необходимо, — немного силы воли. Масса тела, превышающая культурно санкционированную норму, считается признаком обжорства, лени, неправильного образа жизни. Тысячи диет, эмоциональные и физические страдания, связанные с ними, титанические усилия, направленные на похудение, и тело, стремительно набирающее прежний вес при любой возможности, убеждают в обратном. Как человек с лишним весом реагирует на эту противоречивую информацию? Обычно он бросается из одной крайности в другую: то садится на жесткую диету и изнуряет себя упражнениями, то расслабляется и возвращается к обычному образу жизни (что

напоминает эмоциональные колебания пациентов с ПРЛ). И те, и другие не могут спокойно игнорировать ни один из источников противоречивой информации.

Разновидности сексизма: прототипические переживания, препятствующие валидации чувств

Распространенность ПРЛ среди женщин требует, чтобы мы изучили возможную роль сексизма в его этиологии. Конечно, сексизм — важный психотравмирующий фактор для всех женщин в нашей культуре, и все же далеко не у всех развивается пограничное расстройство личности. Также ПРЛ развивается не у всех эмоционально уязвимых женщин, хотя все женщины в той или иной форме подвержены влиянию сексизма. Мне кажется, что роль сексизма в этиологии ПРЛ зависит от других характеристик эмоционально уязвимого ребенка, а также от обстоятельств сексизма в семье ребенка.

Сексуальное насилие

Крайней формой сексизма, конечно же, следует считать сексуальное насилие. Риск сексуального насилия для женщин примерно в два-три раза выше, чем для мужчин (*Finkelhor, 1979*). Процент фактов сексуального насилия, перенесенного в детском возрасте, у пациенток с ПРЛ настолько высок, что его роль в этиологии данного расстройства просто нельзя игнорировать. Из 12 госпитализированных пациенток с ПРЛ, характеристики которых изучал М. Стоун (*Stone, 1981*), девять женщин (75%) были жертвами инцеста. О сексуальном насилии в детском возрасте сообщили 86% пациенток с ПРЛ, проходящих стационарное психиатрическое лечение, по сравнению с 34% других психиатрических пациенток (*Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987*). Что касается пациенток с ПРЛ, проходящих амбулаторное лечение, от 67 до 76% из них стали жертвами сексуального насилия (*Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Wagner, Linehan, & Wasson, 1989*) по сравнению с 26% пациенток, не страдающих пограничным расстройством личности (*Herman et al., 1989*). С. Огата, К. Силк, С. Гудрич, Н. Лор и Д. Вестен (*Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen, 1989*) обнаружили, что 71% пациенток с ПРЛ в детстве были объектами сексуального насилия по сравнению с 22% в контрольной группе, состоящей из депрессивных пациенток.

Хотя эпидемиологические данные свидетельствуют, что риск физического насилия для девочек не выше, чем для мальчиков, одно из исследований (*Herman et al., 1989*) показывает, что среди пациенток с ПРЛ больше жертв физического насилия в детском возрасте (71%), чем среди других категорий пациентов (38%). Более того, существует положительная корреляция между физическим и сексуальным насилием (*Westen, Ludolf, Misle, Ruffin, & Block, 1990*). Индивиды, которые больше подвержены риску сексуального насилия, также больше рискуют стать жертвами физического насилия. Дж. Брайер и соавторы (*Bryer et al., 1987*) обнаружили, однако, что, в то время как сексуальные домогательства в детском возрасте могут быть предиктором ПРЛ, комбинация сексуального и физического насилия не указывала на последующее развитие ПРЛ. С. Огата и соавторы (*Ogata et al., 1989*) также сообщают сходные данные о проценте жертв физического насилия среди пациенток с ПРЛ и депрессивных пациенток. Таким образом, вполне возможно, что сексуальное на-

силие, в отличие от других видов насилия, особым образом связано с ПРЛ. Чтобы выяснить, как построены эти отношения, нужны дополнительные исследования.

Очень похожая связь была обнаружена между *детским опытом сексуального* насилия и суицидальным (а также парасуицидальным) поведением. Среди жертв сексуального насилия наблюдается более высокий процент суицидальных попыток в зрелом возрасте, чем у других индивидов (*Edwall, Hoffmann, & Harrison, 1989; Herman & Hirschman, 1981; Briere & Runtz, 1986; Briere, 1988*); до 55% жертв совершают многократные суицидальные попытки. Более того, у женщин, которые в детстве стали объектами сексуального насилия, наблюдается более серьезное (с точки зрения последствий) суицидальное поведение (*Wagner et al., 1989*). Дж. Брайер и соавторы (*Bryer et al., 1987*) обнаружили, что перенесенное в детстве насилие (как сексуальное, так и физическое) служит предиктором суицидального поведения во взрослом возрасте. У индивидов с суицидальной идеацией или парасуицидальным поведением вероятность перенесенного в детстве насилия была в три раза выше, чем у других категорий пациентов.

Хотя перенесенное в детском возрасте насилие обычно рассматривается как социальный стрессор, оно может играть менее выраженную роль в качестве причины физиологической уязвимости к эмоциональной дисрегуляции. Жестокое обращение может быть не только патогенным для индивидов с уязвимыми темпераментами, оно может "создавать" эмоциональную уязвимость, вызывая изменения в центральной нервной системе. С. Ширер, К. Питерс, М. Квейтман и Р. Огден (*Shearer, Peters, Quaytman, & Ogden, 1990*) предполагают, что длительная травма может вызывать физиологические изменения в лимбической системе. Таким образом, выраженный хронический стресс может оказывать устойчивое отрицательное влияние на возбуждение, эмоциональную чувствительность и другие аспекты темперамента.

Сексуальное насилие, в том виде, в котором оно существует в нашем обществе, представляет собой один из самых наглядных примеров откровенного непризнания окружением переживаний ребенка. В типичном сценарии сексуального насилия жертву пытаются убедить в том, что растление или половые сношения — это "нормально", однако ребенок должен держать это в тайне. Другие члены семьи редко признают факт сексуальных домогательств, и если ребенок жалуется на насильника, он рискует тем, что ему не поверят или поставят это ему в вину (*Tsai & Wagner, 1978*). Трудно представить себе более тяжелый случай эмоционального искажения для маленького ребенка. Точно так же жестокое обращение часто представляют ребенку как акт любви или просто нормальные действия со стороны взрослого. Некоторые клиницисты предположили, что именно тайность сексуального насилия может быть тем фактором, который имеет самое непосредственное отношение к последующему развитию ПРЛ. А. Джейкобсон и К. Геральд (*Jacobson & Herald, 1990*) сообщают, что из 18 пациенток психиатрического стационара, ставших в детском возрасте жертвами сексуального насилия, 44% никогда никому не рассказывали об этом опыте. Чувство стыда очень характерно для индивидов, ставших жертвами сексуального насилия в детском возрасте (*Edwall et al., 1989*). Именно этим чувством может объясняться нежелание жертв рассказывать о перенесенном насилии. Мы не можем исключить непризнание окружением переживаний ребенка в случае сексуального насилия как фактор, способствующий развитию ПРЛ.

Имитация реакций младенцев их родителями

Тенденция родителей имитировать эмоционально экспрессивное поведение ребенка составляет важный фактор его оптимального эмоционального развития (*Malatesta & Haviland, 1982*). Неспособность к имитации или неконгруэнтная имитация (первая из них представляет собой инвалидацию, а последняя — неудачную валидацию) коррелируют с менее оптимальным развитием. Интересно (в этом просматривается некоторая аналогия с ролью половых различий в распространенности ПРЛ), что у матерей наблюдаются более ситуативные реакции на улыбки своих маленьких сыновей, чем дочерей, и более частая имитация эмоциональных проявлений сыновей (*ibid.*) [5].

Зависимость и независимость: отвергаемые окружением (и недостижимые) культурные идеалы для женщин

Данные исследований безусловно подтверждают выраженные различия между стилями межличностных отношений мужчин и женщин. Дж. Флэрти и Дж. Ричман (*Flaherty & Richman, 1989*) провели масштабный обзор данных, касающихся поведения и эволюции приматов, развития, отцовства и материнства, а также социальной поддержки и психического здоровья взрослых. Ученые сделали вывод, что различный опыт социализации, начинающейся еще в младенческом возрасте, приводит к тому, что женщины более эмоциональны и восприимчивы в межличностной сфере, чем мужчины. Связь между социальной поддержкой, получаемой от других людей, и собственным благополучием и, наоборот, связь между кризисом социальной поддержки и соматическими проблемами, депрессией и тревогой больше выражена у женщин, чем у мужчин. В то время как между степенью полученной социальной поддержки и эмоциональным функционированием у мужчин нет непосредственной связи, у женщин наблюдается положительная высокая корреляция между степенью социальной поддержки и эмоциональным благополучием. В частности, Флэрти и Ричман (*ibid.*) обнаружили, что близость как составляющая социальной поддержки наиболее тесно связана с эмоциональным благополучием женщин. В обзоре исследований по проблеме ассертивности женщин Келли Эган и я пришли к выводу, что поведение женщин в группах или парах характеризуется последовательностью с акцентом на поддержании отношений вплоть до пренебрежения целевыми заданиями, такими, например, как разрешение проблем или убеждение собеседников (*Linehan & Egan, 1979*).

Учитывая доминирование межличностных связей и социальной поддержки как важных (даже ключевых) характеристик оптимально адаптированных женщин, можно задаться вопросом: что происходит с женщинами, которые либо не получают социальной поддержки, в которой нуждаются, либо их учат, что потребность в социальной поддержке как таковая есть нечто ненормальное? Очевидно, что такие ситуации распространены. За очень редким исключением, межличностная независимость и для мужчин, и для женщин превозносится как идеал “здорового” поведения. Женственные характеристики (такие, например, как межличностная зависимость и надежда на других людей), как правило, воспринимаются как психически “нездоровые” (*Widiger & Settle, 1987*). Мы так ценим независимость, что, очевидно, не в состоянии даже представить возможность того, что человек может

быть излишне независим. Например, хотя *DSM-IV* содержит диагноз "расстройство личности в виде зависимости", там нет ничего подобного "расстройству личности в виде независимости".

Такой акцент на личной независимости как нормативном поведении уникален для западной культуры и доминирует в ней (*Miller, 1984*; см. обзор в: *Sampson, 1977*). Фактически можно прийти к выводу, что нормативное поведение женщин, по крайней мере тот его аспект, который относится к межличностным отношениям, противоречит ценностям современной западной культуры. Неудивительно, что многие женщины переживают конфликт из-за проблемы независимости и зависимости. Создается впечатление, что имеется "недостаточное соответствие" между межличностным стилем женщин и западными ценностями социализации и культуры поведения взрослых. Интересно, однако, что патология приписывается женщинам, а не обществу, которое, по-видимому, все меньше и меньше ценит общественную и межличностную зависимость.

Женственность и предубеждение

Сексизм может быть особой проблемой для тех девочек, таланты которых расцениваются как "мужские" и были бы вознаграждаемы у мальчиков, но игнорируются и не принимаются у женщин. Например, спортивные достижения, интерес к технике, увлечение математикой и естественными науками, логическое, проблемно-ориентированное мышление больше ценятся в мужчинах, чем в женщинах. Любое чувство гордости достигнутым у женщин с подобными характеристиками может инвалидироваться окружением. Еще хуже, когда эти способности, которые ценятся в мужчинах, не сопровождаются интересами и талантами, которые ценятся в женщинах (например, забота о своей внешности, навыки ведения домашнего хозяйства). В такой ситуации девочка не только не вознаграждается за те способности, которые у нее есть, но и подвергается наказанию за проявление "поведения, несвойственного женщинам" или за неспособность вести себя "женственно". Когда поведение ребенка привязано к свойствам темперамента, это создает еще большие проблемы. Например, мягкость, нежность, эмоциональность, отзывчивость, эмпатия, заботливость и подобные качества входят в число наиболее ценимых составляющих "женственности" (*Widiger & Settle, 1987; Flaherty & Richman, 1989*), поэтому подобные особенности не ассоциируются с "трудным характером".

Для девочки, наказанной за проявление качеств, несоответствующих культурному идеалу поведения женщины, жизнь должна быть особенно трудной, если у нее есть братья, которых за такие же модели поведения не наказывают, или сестры, для которых культурно санкционированное "женственное" поведение является вполне естественным. Несправедливость подобных ситуаций воспринимается очень остро. Окружение вне дома мало способствует нормализации положения, поскольку там доминируют те же самые культурные ценности. Трудно представить, как такая девочка может вырасти и не думать, что с ней что-то не в порядке.

В моем клиническом опыте именно такая ситуация характерна для пациентов с ПРЛ. Я и мои коллеги по клинике удивлялись большому количеству пациенток, обладающих талантами, которые высоко ценятся у мужчин — например, умение разбираться в технике, заниматься интеллектуальными изысканиями, — однако

не ценятся у женщин. У нас лечатся только женщины, и частая тема обсуждения во время групповой терапии — трудности, пережитые в детстве, которые были вызваны тем, что интересы пациенток больше соответствовали нормам мужского поведения, чем женского. Еще одна общая особенность моих пациенток с ПРЛ — в их семьях больше ценили мальчиков, чем девочек. По крайней мере, у мальчиков была большая свобода действий, им предоставляли больше привилегий и меньше наказывали за поведение, которое создавало много проблем для девочек. Хотя сексизм — это безусловный факт, его связь с ПРЛ в том виде, в каком я его описала, строится только на моих умозаключениях. Эта проблема нуждается в изучении.

Типы инвалидирующих семей

Мои коллеги и я выявили три вида инвалидирующих семей у пациентов нашей клиники: "хаотическая", "перфекционистская*" и "типичная" семья.

Хаотические семьи

В хаотической семье могут быть проблемы с алкоголизмом и наркоманией, финансовые затруднения, или же родители много времени проводят вне дома. В любом случае детям уделяют мало времени или внимания. Например, родители одной из моих пациенток почти каждый вечер проводили в местной пивной. Каждый день, когда дети возвращались из школы, дома никого не было. Им приходилось самим заботиться о еде и находить себе занятие на вечер. Часто дети шли к бабушке, которая их кормила. Когда родители были дома, они не обращали внимания на детей. Отец часто был пьян, родители не прислушивались к просьбам детей. Потребности детей в этой семье игнорировались, что привело к инвалидации их чувств. Т. Миллон (*Millon, 1987a*) предположил, что распространение ПРЛ может объясняться увеличением количества хаотических семей.

Перфекционистские семьи

В перфекционистской семье родители по той или иной причине не допускают проявлений отрицательных эмоций со стороны своих детей. Такое отношение может объясняться рядом причин, включая требования, предъявляемые к родителям (например, большое количество детей или стрессогенная работа), неспособность переносить негативный аффект, эгоцентризм или наивный страх, что они могут испортить ребенка с "трудным характером". Мой опыт показывает, что если членов такой семьи прямо спрашивают об их отношении к своим родственникам с ПРЛ, они выражают горячее сочувствие. Однако ненамеренно эти члены семьи часто занимают последовательную позицию, отличительной чертой которой является отказ в сопереживании, — например, удивляются, почему индивид с ПРЛ не может "просто сдерживать свои чувства". Один из таких членов семьи заявил, что серьезнейшие проблемы его дочери разрешились бы сами собой, если бы она больше молилась.

---

* От англ. *perfect* — совершенный, безупречный. — *Примеч. ред.*

Типичные семьи

Когда я впервые выделила этот тип инвалидирующего окружения, я назвала его “синдромом американского образа жизни”, поскольку он характерен для американской культуры. Однако когда я читала лекцию в Германии, тамошние коллеги сообщили мне, что я с таким же успехом могла бы назвать эту модель “синдромом немецкого образа жизни”. Скорее всего, это культурный продукт западного мира в целом. Некоторые ученые, изучающие эмоции, говорили о тенденции западного общества подчеркивать важность когнитивного контроля эмоций и считать критериями успеха достижения и мастерство. Индивидуализированное “Я” в западной культуре определяется четкими границами между отдельной личностью и другими людьми. В культурах, где доминирует такая точка зрения, считается, что поведение взрослого человека должно контролироваться внутренними силами, а не внешними. “Самоконтроль” в этом смысле относится к способности человека контролировать свое поведение с помощью внутренних сигналов и ресурсов. Иное позиционирование себя (например, определять себя через связи с другими людьми или зависеть от окружения) квалифицируется как незрелое и патологическое или, по меньшей мере, неблагоприятное для хорошего здоровья и нормального социального функционирования (*Perloff, 1987*). (Хотя данная концепция индивидуализированного “Я” распространена в западной культуре, она не может считаться универсальной ни в кросс-культурном плане, ни даже в рамках самой западной культуры.)

Рассуждая об инвалидирующей семье, следует помнить об одном ключевом моменте. В определенных пределах такой стиль внутрисемейных отношений не будет пагубным для любого индивида в любом контексте. Стратегии эмоционального контроля, используемые такой семьей, иногда даже полезны для человека, который обладает подходящим темпераментом и может научиться контролировать свои установки и эмоции. Например, исследования, проведенные С. Миллером и его коллегами (*Efran, Chorney, Ascher, & Lukens, 1981; Lamping, Molinaro, & Stevenson, 1985; Miller, 1979; Miller & Managan, 1983; Phipps & Zinn, 1986*), показывают, что индивиды, склонные свыкаться с сигналами об опасности, при столкновении с угрозой неподконтрольных и нежелательных событий демонстрируют более низкое и менее продолжительное психологическое, субъективное и поведенческое возбуждение, чем индивиды, которые сохраняют тенденцию следить за такими ориентирами. К. Кнуссен и К. Каннингем (*Knussen & Cunningham, 1988*) провели обзор исследований, которые свидетельствуют о том, что уверенность в собственном поведенческом контроле над отрицательным исходом того или иного события (т.е. обвинение себя, а не других, — ключевая характеристика индивида в инвалидирующем окружении) связана с более благоприятным исходом в будущих ситуациях. Таким образом, когнитивный контроль эмоций в определенных условиях может быть вполне эффективен. Именно благодаря такому подходу в США появились первые железные дороги, была создана атомная бомба, в городах выросли небоскребы, многие из нас успешно закончили учебу.

Единственная проблема здесь в том, что этот подход “действует только тогда, когда действует”. Ведь одно дело убеждать в возможности самоконтроля человека, который на это способен, и совсем другое — обращаться с этим к человеку, кото-

рый такими способностями не обладает. Например, у одной мамаши, с которой я работала, было двое детей — 14-летняя девочка с "трудным характером" и пятилетняя дочь с "легким характером". У старшей дочери были проблемы с гневом, особенно когда ее дразнила младшая дочь. Я пыталась научить мать валидировать чувства своей старшей дочери. После того как пятилетняя девочка разрушила сложную картинку-мозаику, составленную старшей сестрой, девушка накричала на младшую сестру и выбежала из комнаты. Мать с удовлетворением сообщила мне, что она "валидировала" чувства старшей дочери. Женщина сказала ей следующее: "Мэри, я понимаю, почему ты разозлилась. Но в будущем ты не должна допускать таких выпадов!" Матери было трудно понять, что она проигнорировала трудности, испытываемые старшей дочерью в связи с контролем над эмоциями. Когда дело касается эмоционально реактивных и уязвимых людей, инвалидирующее окружение значительно преуменьшает их проблемы. Индивидам с ПРЛ лишь в редких случаях удается то, с чем успешно справляются другие люди, — контроль и выражение эмоций.

Эмоциональная дисрегуляция и инвалидирующее окружение: порочный круг взаимодействий

Транзактный анализ показывает, что система, которая первоначально может состоять из слегка уязвимого ребенка и семьи, лишь в некоторой степени испытывающей трудности с валидацией, может со временем развиться в такую, где ребенок и семейное окружение будут чрезвычайно чувствительными, уязвимыми и взаимно инвалидирующими. С. Чесс и А. Томас (*Chess & Thomas, 1986*) описывают некоторые ситуации, в которых темпераментный ребенок, медленный на подъем ребенок, рассеянный ребенок и настойчивый ребенок могут подавлять, угрожать и дезорганизовывать своих родителей, которые в других отношениях вполне благополучны. Г. Паттерсон (*Patterson, 1976; Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984*) также много писал об интерактивном поведении ребенка и семьи, которое приводит к формированию взаимных силовых моделей поведения у всех членов системы. Со временем у детей и родителей — в результате их воздействия друг на друга — развивается и закрепляется экстремальное (т.е. крайнее в своих проявлениях) и силовое поведение. Это поведение в свою очередь еще больше усугубляет отрицательные особенности системы, что ведет не к уменьшению, а к накоплению дисфункционального поведения в ней. Невольно вспоминается библейское выражение: "...ибо кто имеет, тому дано будет; а кто не имеет, у того отнимется и то, что он думает иметь" (Лук. **8**, 18).

Безусловно, эмоционально уязвимый ребенок предъявляет требования к окружению. Родители или другие взрослые, которые занимаются таким ребенком, должны быть более бдительными, более терпеливыми, более понимающими и гибкими, обладать бо́льшей готовностью отложить свои ожидания, если ребенок неспособен им соответствовать. К сожалению, часто происходит так, что реакция ребенка на инвалидацию его чувств фактически подкрепляет подобное поведение семьи. Если ребенку говорят, что испытывать то, что испытывает он, глупо или не разрешено, это действительно иногда помогает утихомирить ребенка. Многие люди, включая эмоционально уязвимых, иногда замыкаются в себе; такое впечатление, что они чувствуют себя лучше, когда их эмоции не воспринимают всерьез.

Непризнание эмоций оказывает отрицательное воздействие, оно подавляет поведение, за которым следует.

“Контролирующее” окружение, описанное С. Чессом и А. Томасом (*Chess & Thomas, 1986*), можно считать разновидностью или крайним проявлением инвалидирующего окружения, описанного выше. Контролирующее окружение постоянно формирует поведение ребенка, чтобы оно соответствовало скорее предпочтениям и удобствам семьи, чем кратко- и долгосрочным потребностям ребенка. В этой ситуации, конечно же, признание поведения ребенка в том виде, в котором оно существует, отсутствует. По мере того как ребенок взрослеет, столкновения в борьбе за власть неизбежны, при этом окружение иногда сдается и примиряется, а иногда жестко проводит свою “политику”. В зависимости от исходного темперамента ребенка окончательным результатом будет или ребенок-тиран, или ребенок с негативной пассивностью, или сочетание обоих типов в одном лице. Этот процесс описывается во многих книгах о воспитании.

По сути, в таких семьях имеет место двойная ошибка. Во-первых, родители ошибаются в выборе мер воздействия. Они ожидают иного поведения, чем то, на которое способен ребенок. Поэтому с их стороны следует чрезмерное наказание и недостаточные обучение, моделирование, поддержка и подкрепление. Подобная ситуация создает для ребенка неблагоприятное окружение, в котором необходимая помощь не поступает, а наказание неизбежно. В результате негативное эмоциональное поведение ребенка усиливается, в том числе экспрессивное поведение, связанное с эмоциями. Функция этого поведения — предотвратить наказание, обычно посредством создания настолько отрицательных последствий для родителей, что они оставляют попытки контроля.

Здесь родители допускают вторую ошибку: они подкрепляют функциональную ценность крайне экспрессивного поведения и отрицают функциональную ценность умеренного экспрессивного поведения. Такая модель подкрепления, следующая за крайними эмоциональными проявлениями, может случайно сформировать поведение, характерное для взрослых индивидов с ПРЛ. Если подкрепления со стороны окружения нет или оно непредсказуемо, неизбежность отрицательных условий приводит к модели выученной беспомощности: можно ожидать усиления пассивного, беспомощного поведения. Если, в свою очередь, наказывается пассивное или беспомощное поведение, индивид сталкивается с неразрешимой дилеммой и, вероятно, будет колебаться между крайним эмоционально экспрессивным поведением и в равной мере крайним пассивным и беспомощным поведением. Такое положение дел без всякой натяжки можно считать причиной возникновения многих пограничных характеристик по мере взросления ребенка.

Эмоциональная дисрегуляция и пограничное поведение

В поведении человека очень мало такого, что не подвержено влиянию эмоционального возбуждения и настроения. Самые различные явления — такие, например, как “Я”-концепция, самоатрибуция, локус контроля, научение задачам и их исполнению, модели самопоощрения и отсрочка поощрения — подвергаются воздействию эмоциональных состояний (см. обзор в: *Izard, Kagan, & Zajonc, 1984*, а также *Garber & Dodge, 1991*). Идея здесь в том, что большинство типов пограничного по-

ведения — это либо попытки индивида отрегулировать интенсивный аффект, либо последствия эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональная дисрегуляция — та проблема, которую пытается разрешить индивид, и одновременно источник дальнейших проблем. Отношения между моделями пограничного поведения и эмоциональной дисрегуляцией показаны на рис. 2.2.

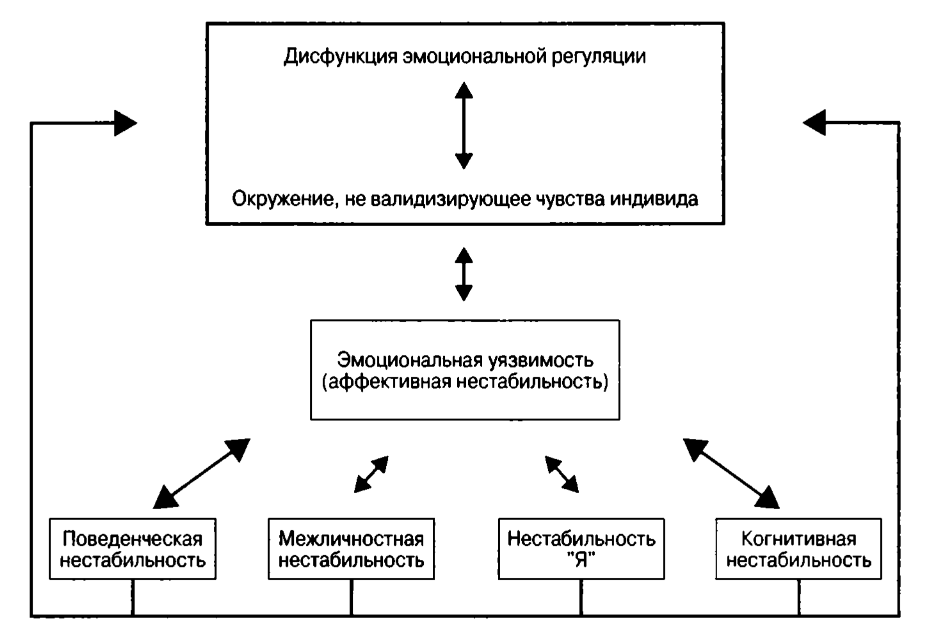


Рис. 2.2. Отношения между эмоциональной дисрегуляцией и моделями пограничного поведения с точки зрения биосоциальной теории

Эмоциональная дисрегуляция и импульсивное поведение

Суицидальное и прочие типы дисфункционального поведения — это обычно неадаптивное разрешающее поведение, возникающее как реакция на подавляющий, неконтролируемый, чрезвычайно болезненный негативный аффект. Суицид, конечно же, — крайний способ разрешения собственного аффективного состояния (как мы полагаем). Однако и другие, менее летальные типы поведения (например, парасуицидальное поведение) могут быть вполне действенными. Передозировка, например, обычно вызывает долгий сон; а сон в свою очередь имеет важное значение для регуляции эмоциональной уязвимости. Наносимые себе порезы и ожоги также, по-видимому, важны для аффективной регуляции. Точный механизм этого процесса неясен, однако пациенты с ПРЛ, как правило, сообщают о значительном облегчении тревоги и различных других негативных аффективных состояний, которое наступает после нанесения порезов или ожогов (*Leinbenluft, Gardner, & Cowdry, 1987*).

Суицидальное поведение, включая суицидальные угрозы и парасуицид, также весьма эффективно для получения помощи от окружения — помощи, которая может быть действенной для утоления эмоциональной боли. Во многих случаях такое поведение — единственный способ, которым пациент может привлечь внимание

других людей, способных облегчить его страдания. Например, суицидальное поведение — весьма действенный способ для непсихотического индивида попасть на стационарное лечение в психиатрическую клинику. Многие терапевты говорят своим пациентам, что те могут или должны звонить им, если почувствуют склонность к суициду. Врачи местного психиатрического отделения говорили одной из моих пациенток, что ей следует сразу же вернуться в отделение, если она снова услышит голоса, приказывающие ей покончить с собой. Большинство наших пациенток с ПРЛ сообщают, что намерение изменить окружение стояло по меньшей мере за одним актом парасуицидального поведения.

К сожалению, инструментальный характер суицидальных угроз и парасуицида часто выступает именно тем аспектом, на который обращают внимание практикующие терапевты и теоретики, работающие с пограничными индивидами. Таким образом, суицидальные попытки и намеренные акты членовредительства часто называют "манипулятивными". Основанием для этого обычно бывает субъективное ощущение терапевта, который чувствует себя объектом манипуляций. Однако, как я уже объясняла в главе 1, предполагать, что если поведение приводит к определенному результату, то субъект поведения осознанно использует его для получения такого результата, будет логической ошибкой. Определение суицидального поведения как манипулятивного без оценки истинного намерения может иметь чрезвычайно опасные последствия. Эта проблема будет обсуждаться на более глубоком уровне в главе 15, где я опишу стратегии терапии суицидального поведения.

Эмоциональная дисрегуляция и нарушение идентичности

Обычно чувство самоидентичности формируется у человека как посредством наблюдений себя, так и реакций на себя со стороны других людей. Эмоциональная последовательность и предсказуемость во времени и в определенной ситуации — предпосылки для формирования идентичности. Все эмоции включают какой-то элемент предпочтения или приближения/избегания. Чувство идентичности, среди прочего, зависит от последовательного предпочтения. Например, у человека, которому нравится рисовать, может сформироваться образ своего "Я", включающий элементы идентичности художника. Другие, наблюдая за этим предпочтением, могут реагировать на этого человека как на художника, способствуя развитию его собственного образа "Я". Однако непредсказуемая эмоциональная лабильность ведет к непредсказуемому поведению и когнитивной непоследовательности; таким образом, устойчивая "Я"-концепция, или чувство идентичности, не может развиваться.

Тенденцию пациентов с ПРЛ сдерживать или пытаться сдерживать свои эмоции также можно отнести к отсутствию устойчивого чувства идентичности. Нечувствительность, связанная со сдерживаемым аффектом, часто ощущается как пустота, которая еще больше способствует неадекватному чувству "Я" (или его полному отсутствию). Подобным образом, если собственное ощущение событий индивидом всегда "неправильно" или непредсказуемо "правильно" (именно такая ситуация складывается в инвалидирующей семье), можно ожидать развития у такого индивида чрезмерной зависимости от других людей. Эта чрезмерная зависимость, особенно если она относится к предпочтениям, идеям и мнениям, усугубляет проблемы с идентичностью, замыкая порочный круг.

Эмоциональная дисрегуляция и межличностный хаос

Для эффективных межличностных отношений очень полезны как стабильное чувство "Я", так и способность к спонтанности эмоционального выражения. Успешные отношения требуют также способности к саморегуляции эмоций адекватным способом, контролю импульсивного поведения и толерантности к болезненным в какой-то степени раздражителям. Понятно, что у индивидов с ПРЛ, не обладающих такими способностями, развиваются хаотические взаимоотношения. Проблемы с гневом и его выражением особенно мешают поддержанию стабильных отношений.

Кроме того, о чем я еще буду писать в главе 3, сочетание эмоциональной уязвимости и инвалидирующего окружения приводит к развитию более интенсивных и более продолжительных форм выражения отрицательных эмоций. По сути, инвалидирующее окружение обычно создает для индивида режим непоследовательного подкрепления, при котором выражение чрезвычайно негативного аффекта или требования помощи подкрепляются лишь время от времени. Известно, что такой режим формирует весьма устойчивое поведение. Если другие окружающие тоже совершают ошибку непоследовательного подкрепления пациента с ПРЛ — иногда уступая и, таким образом, подкрепляя чрезмерное выражение отрицательных эмоций, а иногда не делая этого, — они тем самым воссоздают условия для формирования у данного индивида пагубного для отношений поведения.

Применение биосоциальной теории для терапии пациентов с ПРЛ

Общие цели и навыки

Признание упомянутых трудностей эмоциональной регуляции, которые берут начало как в биологической организации индивида, так и в неадекватном опыте научения, предполагает, что терапия должна сосредоточиться на одинаково важных задачах: 1) облегчение эмоционального выражения и ослабление неадаптивного, зависимого от настроения поведения; 2) доверие и признание собственных эмоций, мыслей и деятельности. Терапия должна быть направлена на обучение навыкам и на изменение поведения, а также на признание способностей и особенностей поведения пациента.

Основная часть ДПТ посвящена обучению именно таким навыкам. Они разделены на четыре группы: 1) навыки, повышающие межличностную эффективность в конфликтных ситуациях, которые могут помочь в ослаблении средовых раздражителей, ассоциирующихся с отрицательными эмоциями; 2) стратегии, заимствованные из литературы о поведенческой терапии аффективных расстройств (депрессии, тревоги, страха, гнева) и посттравматического стресса, которая способствует саморегуляции индивидом нежелательных эмоций при действии фактических или воспринимаемых эмоциональных раздражителей; 3) навыки перенесения эмоционального дистресса до начала изменений; 4) навыки, заимствованные из восточной техники медитации (дзэн), — например, практика психической вовлеченности, — которые повышают способность переживать эмоции и позволяют избегать их сдерживания.

"Обвинение жертвы"

Успешная ликвидация неадаптивных, обостренных эмоциональных проявлений зависит от ряда факторов. Самое важное — формирование валидирующего окружения, которое позволит терапевту искоренить неадаптивное поведение и в то же время успокоить, ободрить и направить пациента, чтобы он смог пережить этот опыт. Данный процесс очень сложен и требует от терапевта толерантности, готовности к эмоциональной боли и гибкости. Тем не менее, при проведении лечения терапевт может предъявлять к индивиду с ПРЛ те же ожидания, что и к другим категориям пациентов. Если пациенты с ПРЛ не соответствуют этим ожиданиям, терапевт может проявлять толерантность в течение определенного периода времени. Однако по мере того, как проявления отрицательных эмоций усиливаются, терпение терапевта или готовность переносить эмоциональную боль иссякает, и тогда он уступает пациентам, наказывает их или прекращает терапию. Возможно, клиницисты с большим опытом работы с такими пациентами узнали себя в первых описаниях инвалидирующего, контролирующего окружения и семей, которые оказываются в порочном круге подкрепления и наказания индивидов с ПРЛ. Такое окружение, воссозданное в контексте терапии, становится простым продолжением тех условий, в которых индивидам приходилось проводить всю свою жизнь.

Наиболее типичная форма наказания индивидов с ПРЛ состоит в поведении, которое в целом характеризуется инвалидацией индивида и "обвинением жертвы". Исследования в сфере социальной психологии показывают, что обвинение жертв в их собственных злоключениях зависит от ряда важных факторов. Например, имеются данные, что в сходных ситуациях в целом больше склонны обвинять женщин, чем мужчин (*Howard, 1984*). В ходе того же исследования Дж. Говард обнаружил, что если жертва — женщина, предметом обвинений становится ее характер. Однако если речь идет о мужчине, предметом обвинения становится поведение мужчины в данной ситуации, но не его характер. Важны и другие переменные: наблюдатель должен проявлять участие к проблемам жертвы; последствия должны быть тяжелыми (*Walster, 1966*); наблюдатель должен чувствовать, что не может контролировать исход ситуации (*Sacks & Bugental, 1987*). Таким образом, если люди неравнодушны к тому, что происходит с индивидом, хотят защитить его от страданий, однако им это не удается, то они склонны обвинять жертву и считать индивида виновным в своих собственных проблемах и страданиях.

Именно такая ситуация складывается при терапии большинства пограничных пациентов. Во-первых, "жертвами" становятся прежде всего женщины. Как правило, терапевт проявляет участие к страданиям пациентов. Но, с другой стороны, до сих пор очень немногим терапевтам удавалось прекратить эти страдания. Даже если терапевт уверен в том, что определенное лечение со временем даст положительные результаты, потому что оно помогало другим пациентам, беспомощность перед лицом чрезвычайных страданий пациентов с ПРЛ — страданий, которые в свою очередь вызывают эмоциональную боль у клинициста — становится повседневной реальностью работы с этой категорией индивидов. Подобная беспомощность может побудить терапевта взяться за лечение пациентов с ПРЛ с удвоенной энергией. И если улучшение так и не наступает, терапевт может обвинить пациентов в том, что они сами виноваты в своих страданиях. Пациенты не хотят выздоравливать или

меняться. Они сопротивляются терапии. (В конце концов, ведь помогает же терапия другим индивидам!) Пациенты просто устраивают спектакль. Они разыгрывают из себя самых несчастных на свете. Словом, терапевт допускает чрезвычайно серьезную, но вполне предсказуемую когнитивную ошибку: наблюдая последствия поведения жертв (например, эмоциональные страдания, свои или пациентов), он принимает их за проявления внутренних мотивов пациентов. Я буду часто ссылаться на эту ошибку в ходе дальнейшего обсуждения терапии пациентов с ПРЛ.

"Обвинение жертвы" приводит к серьезным ятрогенным* последствиям. Во-первых, оно не признает восприятие индивидом собственных проблем. Попытка индивида прекратить боль ошибочно квалифицируется окружением как попытка сохранить боль, сопротивление выздоровлению или как какая-либо другая деятельность, о которой индивид даже не подозревает. Таким образом, индивид научается не доверять своему самовосприятию. Нередко случается, что спустя какое-то время пациент принимает точку зрения терапевта, потому что не доверяет своему самовосприятию и потому что это приводит к подкреплению со стороны клинициста. Однажды у меня была пациентка, которая никак не могла справиться со своей "домашней работой" (тренингом навыков), которую мы ей задавали. Она либо совсем ничего не делала, либо ее попытки были безуспешными. В то же время она умоляла меня и мою коллегу помочь ей вылечиться. Однажды, когда я спросила ее, что мешает ей упражняться дома, она с большой убежденностью ответила, что не хочет быть счастливой. Если бы хотела, то выполняла бы задания.

Основная особенность ДПТ в том, что терапевт ни в коем случае не должен винить жертву в ее страданиях. И это вовсе не означает, что терапевт настолько наивен, что ничего не понимает, хотя меня часто в этом обвиняли. Во-первых, обвинение терапевтом жертвы приводит к эмоциональному отдалению, проявлению отрицательных эмоций по отношению к пациенту, уменьшению готовности оказать помощь, наказанию пациента. Таким образом, пациент может лишиться самого необходимого — помощи терапевта. Терапевт чувствует неудовлетворенность и разочарование и часто (обычно очень тонко) может наказывать пациента. Поскольку наказание направлено не на действительный источник проблемы, оно лишь повышает негативную эмоциональность пациента. Между пациентом и терапевтом начинается состязание — состязание, в котором не бывает победителей.

Заключение

Очень важно помнить, что диалектический подход, используемый в этой книге, представляет собой философскую позицию, которую невозможно ни доказать, ни опровергнуть. Для многих эта позиция остается трудной для понимания. Поначалу вам может быть непонятно, зачем вообще нужно объяснять принципы диалектики. Несомненно, вы в какой-то мере сможете освоить ДПТ, не принимая (или не пони-

---

* Ятрогения (от греч. *iatros* — врач, *-genes* — порождающий, вызывающий) — один из видов психогении. Причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача (неосторожное высказывание о тяжести и неблагоприятном прогнозе болезни, предоставление больному возможности ознакомиться с медицинской документацией и т.п.). — *Примеч. ред.*

мая) диалектики. Но если вы по натуре близки мне и моим студентам, диалектические идеи постепенно увлекут вас и незаметно изменят ваше понимание терапии. О себе могу сказать, что диалектика оказала значительное влияние на мой подход к терапии и организацию клиники. ДПТ постоянно менялась и развивалась, важным источником прогресса было применение диалектического подхода.

Биосоциальная теория, которую я представляю, носит умозрительный характер. Эмпирических данных о применении этой теории к этиологии ПРЛ пока недостаточно. Хотя биосоциальная теория согласуется с существующими научно-исследовательскими работами о ПРЛ, до сих пор не проводилось никаких исследований по ее экспериментальной проверке. Поэтому читатель должен помнить, что биосоциальная концепция ПРЛ, представленная в этой главе, базируется в основном на клинических наблюдениях и умозаключениях, а не на строгих эмпирических данных. Рекомендую читателю быть осторожным.

Примечания

1. Моя тогдашняя ассистентка, Элизабет Триас, была первой, кто указал на связь моих взглядов с диалектикой. Ее муж изучал марксистскую философию в университете.
2. Поведение также может иметь место как при наличии, так и при отсутствии сознания или внимания, и, соответственно, индивид может устно сообщать или не сообщать об этом поведении терапевту. При повседневном общении это поведение может быть доступно или недоступно для сознания (об экспериментальном исследовании бессознательных когниций см.: *Greenwald, 1992*).
3. Имеется несколько хороших обзоров по исследованиям основ эмоционального функционирования. Рекомендую читателю следующие работы: *Barlow, 1988; Buck, 1984; Garber & Dodge, 1991; Ekman, Levenson, & Friesen, 1983; Izard, Kagan, & Zajonc, 1984; Izard & Kobak, 1991; Lang, 1984; Lazarus, 1991; Malatesta, 1990; Schwartz, 1982; Tomkins, 1982.*
4. Келли Кернер впервые указала на то, что эмоциональную дисрегуляцию можно считать продуктом уязвимости и неспособности модулировать эмоции.
5. Джерри Доусон и Марк Гринберг обратили мое внимание на эти данные и их значимость для инвалидации.

3

Поведенческие паттерны: диалектические дилеммы в терапии пациентов с ПРЛ

Описание поведенческих характеристик, относящихся к пограничному расстройству личности, — традиция, освященная временем. Как уже упоминалось в главе 1, были предложены самые разные классификации пограничных характеристик. Поэтому я представляю свою типологию характеристик ПРЛ с некоторым трепетом. Должна заметить, что поведенческие паттерны ПРЛ, обсуждаемые в этой главе, не претендуют на роль диагностических или дефинитивных. Кроме того, это далеко не исчерпывающий перечень важных пограничных характеристик. Мои взгляды на эти модели формировались в течение определенного периода времени, когда я пыталась сделать поведенческую терапию эффективной для лечения хронически парасуицидальных и пограничных пациентов. Я чувствовала, что сталкиваюсь с одними и теми же препятствиями — одними и теми же характеристиками моих пациентов. Год за годом, анализируя клинические ситуации и исследовательскую литературу, я разрабатывала картину диалектических дилемм, возникающих при ПРЛ. Поведенческие паттерны, связанные с этими дилеммами, и составляют предмет настоящей главы.

Хотя данные паттерны представляют собой вполне обычное явление, они далеко не универсальны среди индивидов с ПРЛ, поэтому очень важно, чтобы присутствие этих моделей не считалось само собой разумеющимся, а устанавливалось в каждой конкретной ситуации. Я обнаружила (с учетом упомянутого выше предостережения), что и мне, и моим пациентам полезно сознавать влияние данных паттернов на терапию. Обычно описание этих паттернов задевает некую чувствительную струну в пациентах и помогает им лучше понять и организовать свое поведение. Это немалое достижение, если учесть, что необъяснимый, на первый взгляд,

характер их поведения (особенно склонность наносить себе физические повреждения) часто имеет важное значение. Более того, поведенческие паттерны и взаимосвязь между ними могут иметь эвристическую ценность при выяснении этиологии проблем пациентов. Диалектические дилеммы, о которых идет речь, удобнее всего представить в виде трех пересекающихся осей (рис. 3.1). Каждая ось соединяет две полярные противоположности: 1) эмоциональную уязвимость и самоинвалидацию (т.е. непринятие собственных чувств); 2) активную пассивность и воспринимаемую компетентность; 3) непрерывный кризис и сдерживаемое переживание горя. Если через точку пересечения провести горизонтальную линию, разделяя оси пополам, то характеристики над чертой — эмоциональная уязвимость, активная пассивность и непрерывный кризис — будут теми, которые в своем развитии подверглись преимущественному влиянию биологического субстрата эмоциональной регуляции. Соответственно, характеристики, которые на схеме оказались ниже горизонтальной линии, — самоинвалидация, воспринимаемая компетентность и сдерживаемое переживание горя — подверглись большему влиянию социальных последствий эмоционального выражения. Ключевой момент заключается в том, что дискомфорт крайних точек каждой оси приводит к постоянным колебаниям индивидов с ПРЛ между полюсами. Неспособность достичь точки равновесия (т.е. синтеза) представляет собой основную терапевтическую дилемму.

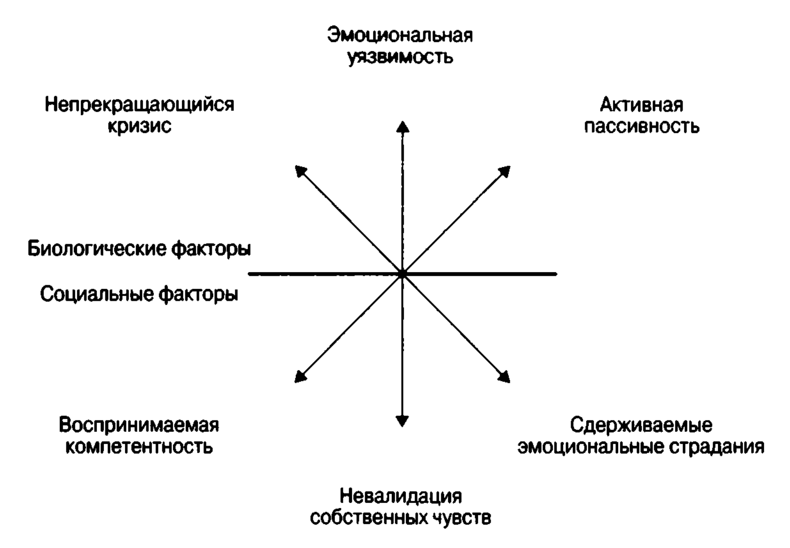


Рис. 3.1. Пограничные поведенческие паттерны: три диалектических измерения

Эмоциональная уязвимость и непринятие собственных чувств

Эмоциональная уязвимость

Общие характеристики

В главе 2 я рассказывала об эмоциональной уязвимости пациентов с симптомами ПРЛ как основном компоненте эмоциональной дисрегуляции, действующей в качестве личностной переменной при транзактном развитии пограничных характеристик. Одна из этих пограничных характеристик — *длительная* эмоциональная уязвимость, т.е. долго проявляющиеся эмоциональные восприимчивость и интенсивность в сочетании со стойкостью отрицательных чувств. Подобная уязвимость, с моей точки зрения, представляет собой основную характеристику ПРЛ. Когда я говорю об эмоциональной уязвимости на данном уровне, я имею в виду и фактическую уязвимость индивида, и сопутствующее осознание и переживание им этой уязвимости.

Обычно присутствуют четыре характеристики частого, сильного эмоционального возбуждения, которые создают особые трудности для индивидов с ПРЛ. Во-первых, следует помнить о том, что эмоции не есть просто внутренние физиологические события, хотя физиологическое возбуждение, конечно же, составляет важный аспект эмоций. Как я рассказывала в главе 2, эмоции — это полносистемные реакции. Таким образом, они интегрируют паттерны переживаний, а также когнитивных, экспрессивных и физиологических реакций. Одна из составляющих комплексной эмоциональной реакции не обязательно должна быть важнее других. Таким образом, проблема не просто в том, что индивиды с ПРЛ не могут регулировать свое физиологическое возбуждение; скорее, им часто трудно регулировать весь комплекс реакций, связанных с определенным эмоциональным состоянием. Например, они могут быть неспособны модулировать враждебное выражение лица, агрессивные действия либо словесное проявление гнева. Или же такие индивиды не в состоянии избавиться от навязчивых забот и переживаний либо удержаться от вызванного страхом бегства. Если мы будем об этом помнить, нам будет легче представить сложность проблемы, с которой сталкиваются пациенты с ПРЛ, а также понять характерную для них тенденцию проявлять порой дисфункциональность в самых разных аспектах поведения.

Во-вторых, интенсивное эмоциональное возбуждение обычно препятствует действию других поведенческих реакций. Так, регулируемое, планируемое и, очевидно, функциональное поведение совладания (копинг) временами может терпеть неудачу, будучи прерываемым эмоционально значимыми раздражителями. Возникающие при этом чувства разочарования и неудовлетворенности еще больше усугубляют проблему. Более того, сильное возбуждение связано с дихотомическим мышлением в категориях "или/или"; навязчивыми и повторяющимися мыслями; физическим дистрессом и болезнями; а также поведением избегания и/или нападения.

В-третьих, сильное возбуждение и неспособность к его регуляции приводят к тому, что у индивида возникает чувство утраты контроля и некоторой непредсказуемости собственных реакций. Такая непредсказуемость возникает из неспособ-

ности индивида с ПРЛ контролировать начало и окончание внутренних и внешних событий, влияющих на его чувства, а также невозможности модулировать собственные реакции на эти события. Ситуация усугубляется за счет того, что время от времени (с непрогнозируемой периодичностью) индивиду удается контролировать свои чувства. Проблема здесь в том, что время и продолжительность адекватной эмоциональной регуляции непредсказуемы для него самого (а также для окружающих). Иметь подобные переживания — все равно что видеть страшный сон и быть не в состоянии проснуться.

Наконец, этот недостаток контроля порождает особый страх, который еще больше усугубляет эмоциональную уязвимость. Прежде всего, необходимо отметить, что индивиды с ПРЛ боятся ситуаций, в которых контролировать события труднее, чем обычно (как правило, новые ситуации, а также те, которые в прошлом были сопряжены с трудностями). Частые попытки контроля терапевтических ситуаций со стороны пациентов с ПРЛ становятся вполне объяснимыми, как только мы поймем этот аспект эмоциональной уязвимости. Кроме того, пациентам часто внушают сильный страх поведенческие ожидания людей, к которым они привязаны. Этот страх вполне оправдан, если учесть, что пациенты переживают потерю контроля не только над определенными чувствами, но и над поведенческими паттернами, связанными с теми или иными эмоциональными состояниями. (Например, подготовка к экзамену требует сосредоточенности, а удерживать внимание в периоды сильной тревоги, глубокой печали или гнева может быть очень трудно.) Неподконтрольность и непредсказуемость делают проблемными ожидания со стороны окружения. В один момент, будучи в определенном эмоциональном состоянии, пациент может соответствовать этим ожиданиям, а в другой момент может потерпеть неудачу.

Важный аспект этой проблемы состоит в связи между похвалой и ожиданиями. Похвала, кроме сообщения об одобрении, часто подразумевает оказываемое пациенту доверие в том, что он может продемонстрировать одобренное поведение, а также ожидание от пациента такового поведения в будущем. Пациенты с ПРЛ как раз и опасаются того, что не смогут оправдать этих ожиданий и повторить одобряемое поведение. Хотя я описала страх похвалы как когнитивно опосредованное явление, подобная опосредованность не является его обязательной характеристикой. Вполне достаточно опыта прошлого, в котором похвала сопровождается ожиданиями, ожидания сопровождаются неспособностью им соответствовать, что в свою очередь сопровождается наказанием. Именно такая последовательность событий характерна для инвалидирующего окружения.

Результирующее влияние этих эмоциональных трудностей можно считать психологическим эквивалентом ожогов третьей степени. Пациенты с ПРЛ, образно выражаясь, теряют "эмоциональный кожный покров". Малейшее прикосновение или движение вызывает сильнейшую боль. С другой стороны, жизнь есть непрерывное движение. Терапия требует и движения, и прикосновений. Поэтому и клиницист, и сам терапевтический процесс не могут не причинять индивидам с ПРЛ острых эмоциональных страданий. И терапевт, и пациент должны обладать достаточным мужеством, чтобы не избегать этой боли. Именно опыт собственной уязвимости подчас приводит индивидов с ПРЛ к экстремальному поведению (включая суици-

дальное), к попыткам одновременно позаботиться о себе и сообщить окружению о необходимости проявить заботу о них. Завершенный суицид среди индивидов с ПРЛ — не что иное, как окончательная потеря надежды на то, что их уязвимость когда-нибудь уменьшится. Иногда это и последнее сообщение о том, что эти пациенты нуждались в большей заботе.

Понимание природы этой уязвимости и ее учет в клинической практике имеют решающее значение для эффективности терапии. К сожалению, слишком часто происходит так, что терапевты не замечают уязвимости пациентов с ПРЛ или забывают о ней. Проблема в том, что если чувствительность кожи у пострадавших от ожогов очевидна, то эмоциональная уязвимость людей часто недоступна для непосредственного наблюдения. По причинам, которые я буду обсуждать позже, индивиды с ПРЛ могут иногда производить на окружающих (включая терапевтов) обманчивое впечатление менее уязвимых, чем на самом деле. Одно из последствий такого положения вещей состоит в том, что восприимчивость пациентов с ПРЛ гораздо труднее понять, о ней гораздо труднее помнить, чем о болезненной чувствительности обожженной кожи. Мы можем представить, какую боль испытывает человек, потерявший кожный покров; гораздо труднее для большинства из нас вообразить, что чувствует эмоционально уязвимый человек и каково это — не иметь психологической "кожи". Именно такие проблемы встают перед индивидами с ПРЛ.

Гнев и пограничное расстройство личности

Проблемы с гневом были непременной составляющей описаний пограничного расстройства личности в каждом издании *DSM* начиная с 1980 года. В психоаналитической школе (напр., *Kernberg, 1984*) чрезмерный враждебный аффект рассматривается в качестве основного этиологического фактора ПРЛ. Большая часть современной терапии индивидов с ПРЛ нацелена на интерпретацию поведения в свете предполагаемой враждебности и агрессивных намерений, лежащих в его основе. Один известный психоаналитик однажды сказал мне, что любой звонок пациента на домашний телефон психоаналитика по сути есть акт агрессии. Почти каждый раз, когда я демонстрирую видеозапись психотерапевтического сеанса с одной из моих пациенток, аудитория истолковывает молчание, отчужденность или пассивность пациентки как агрессию по отношению ко мне. Во время групповой терапии пациенты нашей клиники часто рассказывают, какого труда им стоит убедить других терапевтов или психиатров в том, что их поведение (по крайней мере, какие-то его аспекты) не выражает гнева и враждебности.

Несомненно, чувство гнева и враждебное/агрессивное поведение играют в ПРЛ важную роль. Однако с моей точки зрения другие отрицательные эмоции, такие как печаль и депрессия; стыд, вина и унижение; страх, тревога и паника имеют такое же важное значение. Само собой разумеется, что чрезвычайно чувствительный человек, испытывающий постоянные трудности с эмоциональной регуляцией, будет иметь определенные проблемы с гневом. Однако приписывание подобных трудностей всем или большинству индивидов с ПРЛ зависит, по-моему, скорее от того, кто интерпретирует поведение индивида, чем от фактического поведения или его мотивации. Часто вывод о враждебном намерении делается исключительно на основе отрицательных для терапевта поведенческих последствий. Если поведение

пациента не удовлетворяет или раздражает терапевта, значит, именно этого пациент и добивается — может быть, сам того не осознавая. Я думаю (хотя и не располагаю данными, способными подтвердить мое мнение), что тенденция усматривать в действиях пациентов гнев и агрессию, а не страх и отчаяние, может быть связана с полом наблюдателя. Одно из немногих действительных поведенческих различий между полами состоит в том, что мужчины агрессивнее женщин (*Maccoby & Jacklin, 1978*); возможно, поэтому мужчины более склонны усматривать агрессивные намерения в поведении пациенток. Ученые, которые делали акцент на гневе и совладании с враждебными мотивами как ключевом этиологическом факторе ПРЛ, — мужчины (напр., О. Кернберг, Дж. Гандерсон и Дж. Мастерсон) [1].

Исходя из моего опыта, поведение, которое в большинстве случаев интерпретируется как отражение враждебных мотивов и гнева, в действительности происходит от страха, паники, безысходности и отчаяния. (Это напоминает мнение Дж. Мастерсона (*Masterson, 1976*), что страх утраты лежит в основе большинства пограничных психопатологий.) Та молчаливая и пассивная пациентка, которую видят зрители на демонстрационной видеокассете, пытается совладать с приступами паники, которые (согласно ее последующему описанию) сопровождались ощущением удушья и страхом смерти. Хотя паническая реакция как таковая может обусловливаться изначальным переживанием чувств, мыслей или телесных реакций, связанных с гневом, это вовсе не означает, что последующее поведение агрессивно или выражает враждебное намерение. Однако сама по себе преувеличенная интерпретация гнева и враждебного намерения может вызвать враждебность и гнев. Поэтому постоянно использовать подобные интерпретации — все равно что самим накликать беду.

Хотя проблемы с гневом и его выражением могут свидетельствовать об общей эмоциональной интенсивности и дисрегуляции, они могут быть и последствием других негативных аффективных состояний с ненормальной регуляцией. Возбуждение отрицательных эмоций и дискомфорт любого вида могут активировать чувства, тенденции действий, а также связанные с гневом мысли или воспоминания. Леонард Берковиц (*Berkovitz, 1983, 1989, 1990*) предложил когнитивно-неоассоцианистскую модель гнева. Основная идея этой модели состоит в том, что в результате различных генетических и ситуативных факторов, а также факторов научения, негативный аффект и дискомфорт активируют ассоциативную сеть зачаточных, рудиментарных переживаний страха и гнева. Последующая, более высокого порядка когнитивная обработка изначальных отрицательного опыта и аффекта может затем привести к полному развитию эмоции гнева и ее переживанию. Таким образом, согласно Л. Берковицу, гнев и его выражение можно считать вероятными последствиями (а не причинами) более общей эмоциональной интенсивности и дисрегуляции негативных эмоциональных состояний. Л. Берковиц приводит множество данных, показывающих, что негативные эмоциональные состояния и дискомфорт, которые не являются гневом, могут порождать чувство гнева и враждебные наклонности. В соответствии с этой позицией он писал, что "страдания редко облагораживают. Из всех представителей человечества только у отдельных индивидов характер улучшается в результате переживания болезненного или просто неприятного опыта... Когда люди чувствуют себя плохо, у них быстрее всего воз-

никают гнев, враждебные мысли и воспоминания, а также агрессивные наклонности" (*Berkovitz, 1990, p. 502*).

Не поддающиеся регуляции гнев и его выражение могут, конечно же, привести к возникновению самых разных трудностей и осложнений. Это особенно касается женщин, у которых даже умеренное выражение гнева может интерпретироваться как агрессия. Например, так называемое "ассертивное", или уверенное, поведение у мужчин может быть квалифицировано как "агрессивное", если наблюдается у женщины (*Rose & Tron, 1979*). Воспринимаемая агрессия порождает ответную агрессию, замыкая цикл межличностного конфликта. В зависимости от опыта научения индивида сама по себе эмоция гнева может переживаться как нечто настолько неприемлемое, что при этом возникают чувство стыда и паника. Эти эмоции в свою очередь могут способствовать эскалации первоначальной реакции гнева, еще больше усугубляя дистресс. Или же могут наблюдаться попытки заблокировать непосредственное выражение гнева и подавить эмоциональную реакцию. Со временем модель сдерживания выражения и чрезмерного контроля над переживанием гнева может стать предпочтительной манерой реагирования на ситуации, провоцирующие чувство гнева. У индивида формируется пассивное, беспомощное поведение. Позже в этой же главе мы поговорим об относительных преимуществах непосредственного выражения гнева.

Самоинвалидация

Непринятие индивидом собственных чувств ведет к принятию им особенностей своего окружения. Вследствие этого индивид склонен не обращать внимания на собственные чувства, обращаться к другим людям в поисках адекватного отражения внешней действительности и преуменьшать сложность решения жизненных проблем. Игнорирование индивидом собственного аффективного опыта приводит к попыткам подавить переживание и выражение эмоций. Неспособность индивида доверять собственному восприятию действительности препятствует развитию чувства идентичности или уверенности в своем "Я". Преуменьшение сложности жизненных проблем неизбежно приводит к ненависти индивида к себе, вызванной неспособностью достичь намеченных целей.

Эмпирические доказательства непринятия собственных чувств пациентами с ПРЛ, если не считать клинических наблюдений, довольно скудны. Однако можно утверждать, что некоторые эмоциональные проблемы индивида возникают в результате переживаний, связанных с инвалидирующим окружением. Во-первых, влиянию инвалидирующего окружения может подвергаться собственно переживание им отрицательных эмоций. Необходимость сдерживать отрицательные чувства препятствует развитию способности ощущать экспрессивные постуральные* и мышечные изменения (особенно мимические), относящиеся к базовым эмоциям. Это ощущение — неотъемлемая составляющая эмоционального поведения. Во-вторых, в подобной среде индивид не может научиться адекватно квалифицировать собственные отрицательные чувства. Поэтому у него не развивается способность к ясному формулированию и вербальному выражению своих эмоций. Эта несосто-

* От англ. *posture* — осанка. Постуральный — связанный с положением тела. — *Примеч. ред.*

ятельность еще больше подкрепляет инвалидацию, которая определяется окружением и, в конце концов, самим индивидом. Индивиду трудно принять чувства, которые он сам не понимает.

Еще один аспект влияния инвалидирующего окружения, особенно при игнорировании таких базовых эмоций, как гнев, страх и грусть, проявляется в том, что в таком окружении индивид не знает, когда можно доверять собственным эмоциональным реакциям как адекватному отражению индивидуальных и ситуативных событий. Поэтому он не может принимать самого себя и доверять себе. Если, например, девочке говорят, что ей не следует переживать определенные эмоции, она должна усомниться в своих первоначальных наблюдениях или интерпретациях действительности. Если выражение отрицательных эмоций наказывается, как это зачастую происходит в инвалидирующем окружении, тогда реакция стыда сопровождает, во-первых, переживание интенсивной эмоции такого плана, а во-вторых — публичное выражение этого переживания. Таким образом, дается толчок новой вторичной отрицательной эмоции. Индивид учится реагировать на собственные чувства по модели, заданной его окружением, — стыдом, критикой и наказанием. Сочувствие к себе и выражающее его поведение индивида по отношению к себе в такой атмосфере развивается крайне редко. Образуется порочный круг, поскольку единственный эффективный способ избавиться от стыда, который сопровождает отрицательные эмоции, — заставить окружение признать первоначальную эмоцию. Часто индивид с ПРЛ научается тому, что для валидации своих чувств со стороны окружения необходимы либо крайние эмоциональные проявления, либо особые обстоятельства. В подобном окружении индивид научается тому, что как эскалация первоначальной эмоциональной реакции, так и преувеличенная, но убедительная апелляция к сложным обстоятельствам приводят к валидации окружением его чувств. Иногда валидация чувств сопровождается другими положительными реакциями — такими как опека и душевная теплота. Поэтому индивид возвращается к полюсу эмоциональной уязвимости. Альтернатива внешнему поиску валидации — просто изменить или, по крайней мере, модулировать свои эмоциональные реакции в соответствии с ожиданиями окружения; однако неспособность регулировать аффект исключает такой вариант решения проблемы.

Понятно, что в инвалидирующем окружении у ребенка формируется склонность к исследованию такого окружения в поисках ориентиров для своего образа мыслей и эмоциональных реакций. Ребенка наказывают за то, что он опирается на собственные переживания. Такая закономерность событий может объяснить, почему пациентам с ПРЛ так трудно сохранить свою точку зрения при несогласии или критике со стороны других людей, а также может стать причиной частых попыток добиться от окружения признания своей точки зрения. Если поощряется не опора индивида на собственный опыт, а соответствие общественному опыту, индивид стоит перед выбором: можно попытаться изменить общественный опыт с помощью тактики убеждения или же можно изменить собственный опыт таким образом, чтобы он соответствовал общественному. По опыту могу сказать, что пациенты с ПРЛ имеют тенденцию колебаться между этими вариантами.

По мере вращения в этом замкнутом круге и первоначальный эмоциональный дистресс, и последующие реакции стыда и самоуничижения усиливаются. Разорвать

этот круг терапевту может быть чрезвычайно трудно. Пациент ищет признания своей болезненной эмоции и в то же время выражает такие сильные страдания, что терапевт искренне желает помочь ему и как можно быстрее облегчить его боль. Самая распространенная ошибка терапевта в подобной ситуации — стремление устранить изначальную болезненную эмоцию (таким образом, игнорируя ее), вместо того чтобы признать эту эмоцию, тем самым устраняя сопровождающий ее стыд.

Четвертый аспект влияния инвалидирующего окружения проявляется в том, что индивид заимствует эту тактику игнорирования и начинает применять ее к себе. Вследствие этого индивиды с ПРЛ предъявляют к себе необоснованно высокие поведенческие ожидания. У них совершенно отсутствует понятие о процессе формирования, т.е. постепенного совершенствования. Поэтому такие пациенты склонны скорее порицать и наказывать себя, чем поощрять за приближение к желаемым моделям поведения. Подобная стратегия саморегуляции приводит к тому, что пациент терпит неудачи и в конце концов опускает руки. Мне довелось встречать лишь отдельных пациенток с ПРЛ, которые могли спонтанно использовать поощрение, а не наказание в качестве метода изменения поведения. Хотя в течение короткого периода времени наказание может быть достаточно эффективным, оно часто оказывается недейственным в долгосрочном плане. Среди прочих отрицательных последствий наказание (особенно наказание в форме самокритики и самообвинения) вызывает чувство вины. Хотя умеренное чувство вины способно быть эффективным фактором мотивации поведения, чрезмерное, как всякая другая интенсивная эмоция, может разрушительно воздействовать на мышление и поведение. Часто индивиды с ПРЛ, чтобы защититься от чувства вины, просто избегают ситуаций, в которых это чувство может возникнуть, тем самым избегая и поведенческих изменений, необходимых для решения проблемы. Убеждение пациенток с ПРЛ воздержаться от самонаказания и использовать принципы положительного подкрепления поведения — одна из самых трудных задач поведенческой терапии.

Предпочтение, отдаваемое наказанию, а не поощрению, возникает, вероятно, из двух источников. Во-первых, наказание — единственная тактика изменения поведения, которая известна индивиду. Индивид опасается, что если он не накажет себя достаточно сурово, это еще больше отдалит его от желаемого поведения. Результат такого отдаления — дальнейшая потеря контроля над своим поведением и, соответственно, прекращение поощрений со стороны окружения. Этот страх настолько силен, что попытки терапевта разорвать порочный круг самонаказания порой вызывают паническую реакцию со стороны пациента. Во-вторых, инвалидирующее окружение, с его акцентом на индивидуальной ответственности, учит пациента, что отступление от желаемого поведения заслуживает наказания. Поэтому пациентам с ПРЛ зачастую трудно поверить, что именно наказания они как раз и не заслужили. Многие из них даже говорят, что заслуживают смерти.

Диалектическая дилемма для пациента

Сочетание эмоциональной уязвимости и инвалидирующего окружения ставит перед пациентом с ПРЛ ряд своеобразных дилемм, а также имеет важное значение для понимания суицидального поведения, особенно при проведении терапии. Первая дилемма пациента относится к тому, кого следует винить в его страданиях.

Заключается ли источник проблем пациента в нем самом? Или виноваты окружающие либо судьба? Вторая дилемма, тесно связанная с первой, — кто прав? Действительно ли пациент настолько уязвим и не способен контролировать свое поведение и чувства, как ему кажется? Или же он просто плохо себя ведет, как утверждает окружение: может контролировать свои реакции, но не хочет. Чего пациенты с ПРЛ, по-видимому, не могут, так это одновременно удерживать в сознании две эти противоречивые позиции, т.е. осуществлять их синтез, поэтому они колеблются от одного полюса к другому. Пациенты с ПРЛ, которых я наблюдаю, часто бросаются из одной крайности в другую, отчего их поведение приобретает характерные пограничные параметры. Они либо прибегают к радикальной самоинвалидации и полагают, что все проблемы — естественные последствия их собственной испорченности; либо признают собственную уязвимость, нередко при этом веря в судьбу и законы Вселенной, и считают, что не заслужили всех тех несчастий, которые их постигли, что жизнь к ним несправедлива.

В первом случае пациент с ПРЛ сам занимает позицию непризнания своих реальных возможностей, преуменьшая, часто во много раз, сложность достижения поведенческих и эмоциональных целей. Неизбежная неудача, связанная с такими необоснованными ожиданиями, сопровождается реакцией стыда, острой самокритикой, а также самонаказанием (в том числе в форме суицидального поведения). Пациент полагает, что заслужил все, что с ним происходит. Страдания, испытываемые им, справедливы — ведь он такой нехороший. Жизненные трудности — плод его своеволия. Неудача объясняется недостаточной мотивацией, несмотря на все доказательства обратного. Поведение таких индивидов напоминает поведение сильного человека, который презирает слабаков, или же террориста, который убивает тех, кто выказывает страх. Мне редко доводилось встречать такую мстительность, которую пациенты с ПРЛ проявляют по отношению к себе. Одна из моих пациенток так разъярилась на себя, что до крови исцарапала себе лицо и ноги. Таким образом, с этой точки зрения суицидальное или парасуицидальное поведение рассматривается прежде всего как выражение враждебности индивида по отношению к себе.

Во втором случае к пациентам с ПРЛ иногда приходит ясное осознание собственной эмоциональной уязвимости и неспособности контролировать свое поведение. Соответственно, индивид умеряет свои ожидания, однако ожидания его окружения остаются прежними. Осознание противоречий между своими способностями эмоционального и поведенческого контроля, с одной стороны, и чрезмерными требованиями и критикой окружения — с другой, может вызвать гнев и в то же время привести к попыткам доказать значимым близким их неправоту. Что же в этом случае может быть эффективнее, чем суицидальное или другое экстремальное поведение? Такая форма коммуникации может быть основной, если индивид хочет получить помощь, которую считает крайне необходимой. Конечно, вероятность такого поведения особенно высока, если инвалидирующее окружение проявляет сочувствие и оказывает помощь только в ответ на чрезвычайные проявления страданий. Кроме того, у пациентов с ПРЛ нет ясных представлений о том, чему верить в случае разногласий — своему опыту или опыту окружающих, в частности опыту терапевта.

Суицидальное поведение отражает признание индивидом собственной уязвимости, устраняя конфликт между его собственным опытом и опытом терапевта.

С этой точки зрения, индивиды с ПРЛ не только признают собственную уязвимость, но и принимают поведенческие и биологические законы, которые лежат в основе возникновения и поддержания их нынешнего состояния. Пациенты остро осознают несправедливость своего положения. Временами пациенты с ПРЛ верят, что жизнь все-таки может быть справедливой; что она справедлива почти ко всем, кроме них; что она должна быть справедлива к ним самим — в первую очередь; и что жизнь может быть к ним справедлива, если они просто поймут, что для этого нужно сделать. Но бывают времена, когда пациенты с ПРЛ теряют всякую надежду понять, что же именно им следует делать. Они могут считать себя хорошими людьми (по крайней мере такими, которые к этому стремятся) с неподконтрольными — и поэтому безнадежными — недостатками. Каждое нарушение поведенческих норм сопровождается сильными чувствами стыда, вины и раскаяния. Пациенты чувствуют себя треснувшими вазами в магазине керамики — они безобразны, ни на что не годятся, поэтому их задвинули в какой-то темный угол, чтобы не пугать покупателей. Хотя они изо всех пытаются найти клей или глину и починить себя, их усилия в результате ни к чему не приводят.

Находясь в эпицентре интенсивных эмоциональных страданий, индивид с ПРЛ часто считает, что окружающие (особенно терапевт) могут избавить их от боли, если только захотят. (Можно сказать, что они страдают противоположностью параноЙяльного расстройства — расстройством доверия.) Конфликт этих устойчивых, иногда выражаемых в резкой форме ожиданий пациента и в равной мере выраженных беспомощности и неэффективности, переживаемых терапевтом, становится причиной одной из самых распространенных в терапии драм, в которой участвуют индивиды с ПРЛ. Неадекватная помощь приводит к тому, что эмоциональная боль и неподдающееся поведение пациента усиливаются. Пациент чувствует себя пренебрегаемым, непонятым, глубоко обиженным. Терапевт чувствует себя столь же непонятым и полагает, что пациент им манипулирует. Оба готовы напасть друг на друга или бросить все.

Терпение, принятие, сочувствие к себе вместе с попытками добиться постепенных изменений, управление собой, самоуспокоение — это одновременно и составляющие, и результаты синтеза уязвимости и инвалидации окружением чувств индивида. Однако они ускользают от индивидов с ПРЛ. Интересно, что модель чередования завышенных ожиданий и безнадежности, как оказалось, характерна для индивидов со слабой (в том смысле, в котором этот термин употреблял И. П. Павлов), чрезвычайно реактивной нервной системой — т.е. для эмоционально уязвимых людей (*Krol, 1977*; цит. *Strelau, Farley, & Gale, 1986*).

Диалектическая дилемма для терапевта

Два упомянутых взаимосвязанных паттерна могут объяснить нам, почему терапия пограничных пациентов иногда ятрогенна. От пациента можно ожидать выраженной сильной реакции, если во время терапии формируется среда, в той или иной мере инвалидирующая его чувства. Обычные примеры этого — когда терапевт предлагает такую интерпретацию поведения пациента, с которой он не согласен,

или настаивает на ней; предъявление жестких требований к деятельности, с которой пациент может (или считает, что может) справиться; отношение к пациенту как к менее компетентному, чем он есть на самом деле; неоказание пациенту той помощи, которая была бы предоставлена, если бы клиницист считал его позицию разумной; критика поведения пациента или другая форма наказания; игнорирование важных сообщений или действий пациента и т.д. Достаточно сказать, что, как правило, при терапевтических отношениях (даже здоровых) неизбежен какой-то процент инвалидации. Вероятно, это особенно относится к стрессогенным отношениям — таким как отношения терапевта и пациента с ПРЛ.

Непринятие чувств пациента достаточно болезненно для него и вызывает следующие вторичные эмоциональные реакции: гнев на терапевта за его бесчувственность; дисфория на фоне непонимания со стороны клинициста и своего одиночества; тревога и паника — от чувства того, что терапевт, который не может понять и признать нынешнее состояние пациента, не в силах ему помочь; стыд и унижение из-за выражения таких чувств, мыслей и поведения. Поведенческие реакции в ответ на инвалидацию могут включать поведение избегания, более интенсивные усилия добиться понимания и признания, а также атаки на терапевта. Самая экстремальная форма бегства — это, конечно же, суицид. Если говорить о менее радикальных формах, пациенты могут просто бросить терапию, пропускать сеансы или опаздывать. (Высокий процент преждевременного прекращения терапии среди парасуицидальных индивидов и пациентов с ПРЛ в какой-то мере может объясняться трудностями с валидацией чувств этой категории пациентов, возникающими у терапевта.) Деперсонализация и диссоциативные явления могут быть другими формами избегания, так же как и отчуждение и молчание во время терапии. Пациенты могут интенсифицировать свои усилия для достижения понимания с помощью различных средств, включая попытки связаться с терапевтом в промежутках между сеансами, договориться о дополнительных встречах, повлиять на него через посредничество друзей либо других специалистов. Как я уже упоминала, суицидальное поведение иногда может интерпретироваться как попытка наладить коммуникацию. (Очень важно, однако, чтобы терапевт не считал всякое суицидальное поведение попыткой наладить коммуникацию.)

Атаки на терапевта, как правило, принимают словесную форму. Пациент осуждает и обвиняет, едва ли сочувствуя тем трудностям, которые может испытывать терапевт в своих попытках понять и принять его. В свое время именно от индивидов с ПРЛ я выслушала в свой адрес столько оскорблений и критики, сколько не слышала ни от каких других категорий пациентов. Иногда нападение может быть физическим; часто объектом таких нападений становятся какие-нибудь вещи терапевта. Например, в нашей клинике пациенты разбивали часы, рвали графики, крали почту, бросались всякими предметами, пробивали дыры в стенных панелях, рисовали и писали на стенах. Такие проявления агрессии, конечно же, часто порождают ответную агрессию, замыкая порочный круг. Контратаки терапевтов часто замаскированы под терапевтические действия.

Дилемма для терапевта состоит в том, что попытки стимулировать изменения в пациенте и добиться сочувственного отношения к нему, такому, каков он есть, тоже могут ощущаться им как отказ от валидации его чувств. Например, если при

анализе неудач терапевт в какой-либо форме даст понять пациенту, что в следующий раз ему необходимо приложить больше усилий и не допускать подобных ошибок, пациент, вероятно, отреагирует таким образом: я все время был не прав, а отвергающее меня окружение право. Возникает конфликт, внимание пациента отвлекается от поведенческих изменений и формирования навыков. Исходя из своего опыта, могу сказать, что многие повседневные трудности, связанные с терапией данной категории пациентов, вытекают из непризнания клиницистом переживаний и проблем пациента. С другой стороны, если терапевт использует тактику, не ориентированную на изменения, — например, слушает пациента или сочувственно принимает его реакции, — тогда пациент, скорее всего, запаникует, решив, что его жизнь никогда не улучшится. Если терапевт прав и все, что он говорил, соответствует действительности, тогда в лучшем случае все таким же и останется. В этой ситуации можно ожидать от пациента проявления гнева по отношению к терапевту — за то, что тот не смог ему помочь. У пациента возникает потребность в более активном вовлечении терапевта и в конкретных советах, которые помогут ему измениться. Снова замыкается порочный круг, который так часто изнуряет и пациентов, и терапевтов.

Опыт этой дилеммы — вероятно, больше, чем что-либо другое — стал для меня стимулом к разработке ДПТ. Сама по себе стандартная поведенческая терапия (а также стандартная когнитивно-поведенческая терапия), которую я применяла, означала, по сути, непринятие пациентов. Я говорила пациентам, что либо их поведение было неправильным, либо их мышление было в чем-то проблемным или иррациональным. Однако терапия, которая не признавала очевидного дефицита навыков у этих индивидов, не могла их научить. Принятие их боли в некотором плане означало ее непризнание. Это было все равно, что обучать опытного пловца обращению со спасательным плотом, оставляя не умеющих плавать посреди океана, подбадривая их (ободряющим голосом): "Вы справитесь! Вы сможете!" Решением проблемы, по крайней мере в ДПТ, стало объединение двух упомянутых терапевтических стратегий. Таким образом, лечение требует от терапевта гибкого взаимодействия с пациентом, которое сочетает пристальное наблюдение за реакциями пациента с постоянным чередованием поддерживающего принятия с конфронтацией и стратегиями изменения.

Диалектическое равновесие, к которому должен стремиться терапевт, заключается в признании разумности переживаний каждого пациента (особенно его эмоциональной уязвимости и отчаяния) *и* обучении его навыкам, необходимым для осуществления изменений. Это требует от терапевта объединения стратегий признания и стратегий развития способностей (т.е. обучения навыкам). Напряжение, возникающее за счет чрезмерных колебаний пациента между завышенными и низкими устремлениями и ожиданиями относительно собственных способностей, создает невероятные трудности для терапевта.

Активная пассивность и воспринимаемая компетентность

Активная пассивность

Определяющая характеристика "активной пассивности" — тенденция пассивного и беспомощного отношения к проблемам, контрастирующая с активной и решительной позицией, а также родственная первой тенденция при чрезмерном дистрессе требовать от окружения (а также зачастую и от терапевта) решения жизненных проблем. Таким образом, пациент активно пытается заставить других людей решать его проблемы или регулировать его поведение, однако сам по отношению к этим проблемам проявляет пассивность. Такая модель совладания весьма близка "эмоционально-направленному копингу", описанному Р. Лазарусом и С. Фолькманом (*Lazarus & Folkman, 1984*). Эмоционально-направленный копинг имеет место, когда индивид реагирует на стрессогенные ситуации усилиями, направленными на снижение отрицательных чувств. Например, человек стремится отвлечься от проблемы или ищет поддержки и утешения у других людей. Это отличается от проблемно-направленного копинга, при котором индивид предпринимает непосредственные действия, направленные на решение проблемы. Именно тенденция активного поиска помощи со стороны окружения отличает активную пассивность от выученной беспомощности. В обоих случаях индивид беспомощен в решении собственных проблем. Однако при выученной беспомощности индивид просто опускает руки и даже не пытается получить помощь от окружения. При активной пассивности человек продолжает попытки получить помощь от других людей, включая терапевта.

Иногда именно требование немедленного разрешения проблемы, на которое терапевт не способен, приводит к образованию порочного круга инвалидации. Возрастающие, отчаянные требования немедленной помощи могут спровоцировать у терапевта кризис. Ощущая свою беспомощность, он может либо перейти к обвинению пациента, либо отвергнуть его. Такое отвержение еще больше усугубляет проблему, порождая новые требования пациента. Порочный круг замыкается. Пассивность перед лицом чрезвычайных и, на первый взгляд, непреодолимых жизненных трудностей и проблем с саморегуляцией, конечно же, не способствует их решению, хотя и может быть эффективной для кратковременной регуляции негативного аффекта, сопровождающего эти трудности и проблемы. Вопрос реальной разрешимости проблем — это, несомненно, яблоко раздора между пациентом и терапевтом. Терапевт может считать, что пациент способен справиться с проблемой, если только начнет прилагать активные усилия; пациент, наоборот, часто считает положение безнадежным независимо от того, что он делает. С точки зрения пациента, либо проблему вообще нельзя разрешить, либо же он не считает себя способным на требуемое для разрешения проблемы поведение. Убежденность пациента в своем бессилии противоречит мнению терапевта о том, что пациент обладает потенциальными способностями разрешения проблем. Если же терапевт также считает проблему неразрешимой, он может даже поощрять стиль пассивной регуляции, включая отвлечение и избегание проблемы.

Вероятно, стиль пассивной регуляции представляет собой результат индивидуальных особенностей темперамента, а также неудачных попыток индивида контролировать как негативный аффект, так и связанное с ним неадаптивное поведение. Например, Бяловаз (*Bialowas, 1976*) (цит. *Strelau et al., 1986*) обнаружил положительную корреляцию между автономной реактивностью и зависимостью в ситуации социального влияния. Интересные исследовательские данные Элиаша (*Eliasz, 1974*, цит. *Strelau et al., 1986*) показывают, что люди с высокой автономной реактивностью, независимо от других условий, предпочитают пассивные стили саморегуляции, т.е. стили, которые подразумевают минимум активных усилий для улучшения своих способностей и окружения.

С. Миллер и К. Манган (*Miller & Mangan, 1983*) провели исследование, связанное с нашей нынешней темой, на предмет поведения пациентов во время визитов к врачу. Они обнаружили, что пациенты, которые были чувствительны к отрицательным или потенциально отрицательным аспектам жизни и ожидали их ("высокочувствительные"), больше заботились о добром и уважительном отношении к ним, анализе, новых рекомендациях врача, ждали утешений по поводу состояния своего здоровья и хотели получить больше информации, чем "низкочувствительные". Что самое важное, при этом они также предпочитали для себя менее активную роль; фактически численность "высокочувствительных", которые желали играть абсолютно пассивную роль, превышала соответствующее число "низкочувствительных" в два раза. Таким образом, активная пассивность может не быть результатом исключительно научения, хотя вполне вероятно, что история неудачных попыток контролировать себя и окружение играет в этом важную роль.

Легко понять, как может происходить научение активной пассивности. Индивиды с ПРЛ замечают свою регулярную неспособность к успешному взаимодействию с другими людьми. Они осознают свои страдания, безнадежность, неумение воспринимать мир в положительном ключе и в то же время свою неспособность носить маску счастья, надежды и безмятежности. Эти наблюдения индивида за собой могут привести к формированию паттерна выученной беспомощности. Его предшественником часто становится опыт неудач, сопровождающих даже максимальные усилия индивида. Кроме того, в окружении, которое не признает трудностей индивида, не происходит научения активному и эффективному разрешению проблем. Овладение активными копинг-стратегиями, как минимум, требует признания проблемы. В окружении, где трудности не замечаются, индивид научается гиперболизировать их, чтобы окружение отнеслось к ним серьезно. Именно гиперболизированное видение трудностей и собственной некомпетентности следует считать следующим признаком активной пассивности. Индивид пытается уравновесить неспособность окружения признать его неадекватность чрезвычайной неадекватностью и пассивностью.

Эмпирические доказательства паттерна активной пассивности можно найти в работах, посвященных как парасуициду, так и пограничному расстройству личности. В проведенном мной исследовании у пациенток, госпитализированных непосредственно после акта парасуицида, при сравнении с индивидами с суицидальной идеацией и несуицидальными пациентами психиатрического стационара обнаружилась значительно более низкая способность к активному решению межлич-

ностных проблем и несколько более высокая тенденция к пассивному решению проблем. Активное решение проблем в этом эксперименте заключалось в действиях индивида, которые вели к разрешению проблемы; пассивное решение подразумевало, что другой человек станет орудием разрешения проблемы (*Linehan et al., 1987*). Дж. Перри и С. Купер (*Perry & Cooper, 1985*) сообщают о взаимосвязи ПРЛ, с одной стороны, и низкой самоэффективности, высокой зависимости и эмоциональной готовности полагаться на окружающих — с другой.

Неспособность защитить себя от крайне болезненных эмоций и последующие чувства беспомощности, безнадежности и отчаяния могут играть важную роль в часто встречающейся среди индивидов с ПРЛ чрезмерной межличностной зависимости. Люди, которые не могут самостоятельно разрешить свои аффективные и межличностные проблемы, должны либо сносить неприемлемые для них условия, либо обращаться к другим людям за помощью. При сильной психической боли и/или низкой толерантности к психологическому дискомфорту это обращение принимает форму эмоциональной прилипчивости и требовательного поведения. В свою очередь такая зависимость предсказуемо приводит к интенсивным эмоциональным реакциям на утрату значимых в межличностном плане людей или угрозу таковой. Неистовые попытки избежать утраты — вполне закономерный элемент этой констелляции.

Нельзя забывать о значении культурно обусловленной гендерной предвзятости и стереотипах половых ролей в развитии активной пассивности у женщин. В целом женщины, как правило, обучаются межличностным стилям, которые можно считать эффективными, поскольку добиваются помощи и поддержки других людей (*Hoffman, 1972*). Более того, культурные нормы и ожидания часто ограничивают женщин непрямыми, личностными и пассивными методами воздействия (*Johnson, 1976*). Гендерные различия проявляются уже в раннем возрасте. Например, наблюдения за школьниками показали, что мальчики отвечают на критику активными усилиями, в то время как девочки склонны реагировать пассивно — опускать руки и винить собственную несостоятельность (*Dweck & Bush, 1976; Dweck, Davidson, Nelson, & Emde, 1978*). Хотя в целом девочки школьного возраста переживают не больше стрессовых событий, чем мальчики (*Goodyer, Kolvin, & Gatzanis, 1986*), вполне возможно, что девочки чаще сталкиваются с ситуациями, которые соответствуют парадигме выученной беспомощности. О такой возможности свидетельствуют прежде всего данные о сексуальных домогательствах. Как я подробно рассказывала в главе 2, мера полученной социальной поддержки — в частности, степень близости — больше ассоциируется с благополучием женщин, чем мужчин. Таким образом, эмоциональная зависимость, обычная для индивидов с ПРЛ, порой может быть просто крайним вариантом межличностного стиля, характерного для многих женщин. Возможно также, что зависимый стиль, характерный для индивидов с ПРЛ, в других культурах не считается патологией.

Воспринимаемая компетентность

"Воспринимаемая компетентность" — тенденция индивидов с ПРЛ иногда казаться компетентными и способными справиться с повседневными проблемами жизни, а порой вести себя так (неожиданно для наблюдателя), словно этих компетентности и способности никогда не существовало. Например, женщина может

демонстрировать ассертивное поведение на работе, где она чувствует себя уверенно и контролирует ситуацию, но при этом вести себя беспомощно в контексте близких отношений с человеком, где она не чувствует такой уверенности. Контроль над импульсами, демонстрируемый в кабинете терапевта, вне его стен может теряться. Пациентка, настроение которой по окончании психотерапевтического сеанса кажется нейтральным или даже хорошим, через несколько часов может позвонить и сообщить о невыносимом дистрессе, вызванном встречей с терапевтом. Несколько недель или месяцев успешного совладания с проблемами могут смениться кризисом и возвратом к неэффективному совладанию и выраженной эмоциональной дисрегуляции. Воспринимаемая способность регулировать проявления аффекта может присутствовать в одних социальных ситуациях и отсутствовать в других. Индивиды с ПРЛ часто демонстрируют очень хорошие межличностные навыки и успешно помогают другим людям справиться с трудностями, однако не могут применить те же навыки для разрешения собственных проблем.

Идея паттерна воспринимаемой компетентности впервые посетила меня, когда я работала с одной из моих пациенток, которую я назову Сузан. Она была системным аналитиком в крупной компании. Сузан пришла на терапию хорошо одетая, ее поведение было располагающим, она шутила. На работе, по словам Сузан, ее ценили. За несколько месяцев она несколько раз спрашивала меня, как ей следует решать межличностные проблемы с начальником. Однако Сузан казалась вполне компетентной в этой сфере, и я была убеждена, что она обладает необходимыми навыками. Поэтому я пыталась выяснить, что мешает ей использовать те навыки, которые, по моему мнению, у нее были. Сузан продолжала настаивать на том, что она просто не знает, как говорить с боссом в определенных ситуациях. Хотя я попрежнему верила, что у нее были необходимые навыки, однажды, будучи раздраженной и недовольной, я предложила Сузан ролевую игру. Я играла ее, она играла своего босса. После игры Сузан выразила удивление по поводу того, как я справилась с ситуацией. Она заметила, что такое решение ей и в голову не приходило. Она с готовностью согласилась использовать тот подход, который я смоделировала, в реальной жизни. На следующей неделе Сузан пришла и сообщила об успехе. Конечно, эта ситуация не могла служить доказательством того, что до ролевой игры у Сузан не было этих навыков. Возможно, ролевая игра несла информацию о социальных правилах поведения с начальниками; возможно, я просто "санкционировала" использование навыков, которые уже были у Сузан. Но я не могла исключить и той возможности, что ошибочно постулировала наличие у Сузан тех навыков, которые в соответствующей ситуации отсутствовали.

Воспринимаемая компетентность индивидов с ПРЛ может объясняться рядом факторов. Во-первых, компетентность индивида чрезвычайно изменчива и условна. Как выразился Т. Миллон (*Millon, 1981*), человек с ПРЛ "стабильно нестабилен". Наблюдатель ожидает, что проявление компетентности при определенных условиях является правилом, которое должно соблюдаться при всех подобных (с точки зрения наблюдателя) условиях, однако у индивидов с ПРЛ компетентность часто не генерализуется. Данные о ситуативно-специфичном научении свидетельствуют о том, что не следует ожидать частой генерализации поведения в разных ситуативных контекстах (см. обзор в: *Mischel, 1968, 1984*). Что делает пациентов с ПРЛ поистине уникальными,

так это совместное действие зависимого от настроения научения и ситуативно-специфичного научения. В частности, поведенческие возможности, которые индивид проявляет в одном эмоциональном состоянии, в других состояниях часто отсутствуют. Более того, если пациент плохо контролирует свое эмоциональное состояние (чего следует ожидать от индивидов с неадекватной эмоциональной регуляцией), то он едва ли сможет применить свои поведенческие возможности на практике.

Второй фактор, обусловливающий воспринимаемую компетентность, связан с неспособностью пациентов с ПРЛ вразумительно сообщить о своей уязвимости значимым людям из их окружения, в том числе терапевту. Иногда индивид с ПРЛ автоматически подавляет невербальное выражение отрицательных эмоций, даже когда такое выражение адекватно и ожидается. Таким образом, в душе пациента может царить смятение, он может ощущать душевную боль, и в то же время для наблюдателя его поведение может выражать спокойствие и контроль. Поведение пациента часто кажется компетентным и сообщает окружающим, что он чувствует себя нормально, контролирует свои эмоции. Эта воспринимаемая компетентность часто усиливается за счет того, что индивид заимствует и выражает позицию окружения (она заключается в убежденности: индивид будет демонстрировать устойчивую компетентность в схожих ситуациях). В определенном эмоциональном состоянии или контексте индивиду трудно прогнозировать свое поведение в различных ситуациях. Маска уверенности и компетентности легко вводит окружающих в заблуждение, представляясь адекватным отражением трансситуативной реальности во всех или большинстве контекстов. Когда в другом эмоциональном состоянии или в другой ситуации индивид проявляет беспомощность, наблюдатель зачастую расценивает такое поведение как простую симуляцию беспомощности с целью привлечь внимание или досадить окружающим.

Такое сдерживание проявления отрицательных эмоций обусловлено, вероятно, последствиями социального научения в инвалидирующем окружении. Как описано в главе 2, такое окружение вознаграждает сдерживание отрицательных чувств. Акцент делается на достижениях, личном контроле, бесстрашии перед лицом трудностей [2]. Еще больше усугубляет проблему то, что большинство пациентов, по моим наблюдениям, не осознают того, что не сообщают окружающим о своей уязвимости. Возможны два варианта. Во-первых, индивид иногда вербально сообщает о том, что он переживает дистресс, однако его невербальные сигналы не подтверждают этого сообщения. Или же пациент может обсуждать болезненную для него тему и испытывать чрезвычайно сильный негативный аффект, но не сообщать (вербально или невербально) о своих переживаниях. В любом случае пациент обычно верит, что простого словесного описания его состояния, независимо от невербального выражения, вполне достаточно. Он может не осознавать того, что невербальное сообщение опровергает его слова. Во втором случае пациент полагает, что контекст как таковой сообщает достаточно для понимания окружающих. И если другие люди все-таки не могут его понять, пациент испытывает дистресс. Однако такая реакция наблюдателя вполне объяснима, поскольку большинство индивидов, сталкиваясь с противоречивыми вербальными и невербальными аффективными сигналами, склонны больше доверять невербальным.

У меня были пациенты, которые спокойным, ровным тоном говорили мне, как бы между прочим, что у них ужасная депрессия и они собираются покончить

с собой. Или же пациентка может сообщать о том, что ее в очередной раз отвергли и что она в отчаянии, — и все это таким безразличным голосом, словно речь идет о погоде. Одна из моих пациенток, которая была не замужем и весила больше, чем допускают культурные нормы, неизменно впадала в уныние, когда говорила либо о своем лишнем весе, либо о своем одиночестве, но я бы никогда не догадалась, что ее это волнует, если бы не затронула этих тем. Пациентка настолько убедительно провозглашала свои феминистические взгляды, что это могло убедить меня в том, что она успешно усвоила уроки своего инвалидирующего культурного окружения. Обсуждение сексуального насилия часто сопровождается таким же эффектом.

Третий фактор, обусловливающий воспринимаемую компетентность, связан с реакцией индивида на межличностные отношения. Типичный пациент, с которым мне приходилось работать, по-видимому, проявляет эмоциональную и поведенческую компетентность при двух условиях: либо рядом физически присутствует поддерживающий, заботливый человек, либо пациент воспринимает свои отношения со значимым человеком как надежные, положительные и стабильные, даже когда тот лично рядом не присутствует. Возможно, именно поэтому пациенты с ПРЛ часто производят впечатление компетентных в присутствии терапевта; обычно последний заботится о пациенте и поддерживает его. Однако терапевтические отношения как таковые редко воспринимаются пациентами как надежные и стабильные, поэтому в отсутствие терапевта его влияние слабеет. Хотя это может объясняться ошибкой эвокативной* памяти, как предполагает Г. Адлер (*Adler, 1985*), данное явление также может быть связано с менее надежным в целом характером терапевтических отношений. Действительно, для них характерно то, что они продолжаются в течение определенного периода, а затем прерываются. Многие пациенты с ПРЛ воспринимают окончание терапевтических отношений как преждевременное и резкое. Положительный эффект отношений не ограничивается исключительно индивидами с ПРЛ; любой человек действует успешнее, если у него есть стабильная система социальной поддержки (см. обзор в: *Sarason, Sarason, & Shearin, 1986*). Характерное отличие состоит в существенном различии между способностями пациентов в контексте поддерживающих отношений и вне его.

Неясно, почему отношения оказывают такое сильное влияние на этих индивидов. Здесь могут иметь большое значение несколько факторов. Нетрудно представить, какую роль в этом явлении может играть социальное научение. Если ребенок получает подкрепление за компетентность и уверенность на людях, а при другом поведении его изолируют от людей, тогда ребенок, естественно, может научиться быть компетентным и счастливым именно в присутствии других людей. Для индивида с нарушенной саморегуляцией, который вследствие этого зависит от регуляции со стороны окружения, одиночество может быть сопряжено с опасностью. Тревога, порождаемая отсутствием доступа к поддерживающим отношениям, может нарушить аффект индивида настолько, что возникнет цикл негативного аффекта, который в конце концов станет препятствовать компетентному поведению. Кроме того, хорошо известное явление — повышение эффективности деятельности в присутствии других людей (эффект социальной фасилитации, *Zajonc, 1965*) — может больше проявляться именно среди индивидов с ПРЛ.

---

* От англ. *evocative* — навевающий чувства и воспоминания. — *Примеч. ред.*

Воспринимаемая компетентность может создать у других людей, включая терапевта, ошибочное представление, будто индивид с ПРЛ компетентнее, чем он есть на самом деле. Несоответствие производимого впечатления и действительного положения вещей обеспечивает поддержку инвалидирующему окружению. Отсутствие ожидаемой компетентности приписывается недостаточной мотивации, лени, притворству, манипуляциям или другим факторам, противоречащим фактическому опыту индивида. Таким образом, основное последствие пограничного синдрома проявляется в том, что он подкрепляет "обвинение жертвы" со стороны терапевта и других людей, а также заслоняет от них потребность индивида в помощи для приобретения новых поведенческих паттернов.

Диалектическая дилемма для пациента

Индивид с ПРЛ сталкивается с внешне неразрешимой дилеммой. С одной стороны, он испытывает огромные трудности с саморегуляцией аффекта и последующей поведенческой компетентностью. Он часто, хотя и несколько непредсказуемо, испытывает потребность в серьезной помощи, чувствует беспомощность и безнадежность, боится быть оставленным один на один с миром, в котором постоянно терпит неудачи. Не имея возможности прогнозировать и контролировать собственное благополучие, пациент зависит от своего социального окружения, которое должно регулировать его аффект и поведение. С другой стороны, пациент страдает от сильного стыда, вызванного зависимым поведением в обществе, которое не терпит зависимости, и научается подавлять выражения негативного аффекта и беспомощности, когда это возможно. Если пациент в хорошем настроении, он может проявлять высокую компетентность в самых различных ситуациях. Однако в хорошем настроении пациенту трудно прогнозировать собственные поведенческие способности в других эмоциональных состояниях, и у окружающих создается ошибочное представление о способностях к совладанию со стрессом, превышающих реальные. Поэтому, несмотря на то что пациент с ПРЛ порой отчаянно нуждается в помощи, ему очень трудно адекватно просить о помощи или сообщить о своих потребностях.

Неспособность интегрировать или синтезировать понятия беспомощности и компетентности, контроля и бесконтрольности, потребности в помощи и отсутствия таковой может усугубить дистресс и дисфункциональное поведение. Вера пациента в то, что он достаточно компетентен, чтобы быть "успешным", при неудаче может привести к возникновению сильного чувства вины за предполагаемый недостаток мотивации. В другое время пациент может испытывать чрезвычайный гнев по отношению к людям из-за их непонимания и завышенных ожиданий. Как сильное чувство вины, так и сильный гнев могут привести к дисфункциональному поведению, включая суицид и парасуицид, направленному на ослабление болезненных эмоциональных состояний. Для индивида, который воспринимается окружающими как компетентный, суицидальное поведение подчас становится единственным средством сообщить о своей некомпетентности и потребности в помощи; т.е. суицидальное поведение есть не что иное, как крик о помощи. Такое поведение может также служить средством изменения нереалистичных требований окружающих — "доказательством" того, что индивид на самом деле не способен на то, чего от него ожидают.

Диалектическая дилемма для терапевта

Активная пассивность и воспринимаемая компетентность представляют диалектическую проблему и для терапевта. Терапевт, который замечает исключительно воспринимаемую компетентность индивида, может не только быть слишком требовательным в своих ожиданиях, но и нечувствительным к недостаточно выразительным сообщениям о страданиях и трудностях. Формируется инвалидирующее окружение. Особенно опасна тенденция объяснять отсутствие прогресса в терапии "сопротивлением", а не неспособностью пациента. Такая позиция, принимаемая некритически, не только противоречит валидации чувств индивида; она не позволяет терапевту обеспечить формирование у пациента необходимых навыков. Обычное, к сожалению, явление, когда пациент покидает психотерапевтический сеанс в нейтральном или даже позитивном эмоциональном состоянии (по мнению терапевта), а через несколько часов звонит и сообщает о планируемом самоубийстве, может быть результатом описанной выше модели.

Проблема может возникнуть также и в том случае, если терапевт не распознает имеющихся у пациента возможностей и станет приписывать ему активную пассивность. Терапевт может ошибочно принять нарастание эмоциональности и потребностей пациента за серьезные дефекты. Иногда неспособность маскируется паникой. Естественно, избежать этой ловушки особенно трудно, если пациент требует снижения терапевтических ожиданий и больше помощи, угрожая в противном случае суицидом. Терапевт должен быть мужественным (и, я могла бы добавить, уверенным в себе), чтобы не поддаться пациенту при таких обстоятельствах. В подобной ситуации особую значимость приобретают поведенческие принципы формирования реакции, или шейпинга. Например, на ранних этапах терапии от клинициста может потребоваться способность "читать эмоции" пациента на основе лишь скудных обрывков информации, а также предвидеть проблемы в гораздо большей степени, чем на поздних стадиях, после усиления коммуникативных навыков пациента (подробнее об этом в главе — 8). Самое главное здесь в том, конечно, на каком этапе находится процесс формирования навыков в данный момент.

Разрыв цикла пассивной активности и активация участия пациента в терапевтическом процессе — задача, требующая времени. Ошибка, которой должен избегать терапевт, заключается в преуменьшении проблем пациента и преждевременном допущении, что пациент может самостоятельно справиться с трудностями. Такое допущение вполне понятно, если вспомнить паттерн воспринимаемой компетентности. Эта ошибка, если она допущена, только повышает пассивность пациента; в любом случае он не способен действовать самостоятельно. В целом, чем больше терапевт минимизирует трудности, тем пассивнее склонен становиться пациент. Подчеркивание неизбежных трудностей изменения и одновременное требование прогресса может способствовать активности пациента. Роль терапевта заключается в том, чтобы сбалансировать способности и некомпетентность пациента с помощью гибкого чередования поддержки и принятия, с одной стороны, и конфронтационного подхода и требований изменений — с другой. Увещевания измениться нужно сочетать с неиссякаемым терпением.

Непрерывный кризис и сдерживаемое переживание горя

Непрерывный кризис

Многие пограничные и суицидальные индивиды находятся в состоянии постоянного, непрерывного кризиса. Хотя суицидальное, парасуицидальное и большинство других видов дисфункционального поведения осмысливаются в ДПТ как неадаптивные попытки решения жизненных проблем, правильнее будет рассматривать такое поведение как реакцию на состояние хронического мощного кризиса. Это состояние истощает силы индивида не столько из-за интенсивности отдельного стрессового события, сколько из-за высокой реактивности индивида и хронической природы стрессовых событий. Например, было бы легче справиться (теоретически, по крайней мере) с одновременной потерей работы, супруга/супруги, детей, а также сопровождающей эти события серьезной болезнью, чем совладать с теми же проблемами, возникающими последовательно, одна за другой. И. Берент (*Berent, 1981*) предположил, что повторяющиеся стрессовые события в сочетании с неспособностью полностью оправиться от отдельного такого события приводят к "ослаблению духа" и последующему суицидальному или другому "аварийному" поведению. В определенном смысле пациент уже не может вернуться к исходному эмоциональному состоянию перед тем, как испытает следующее потрясение. С точки зрения Г. Селье (*Selye, 1956*), индивид постоянно приближается к той фазе реакции на стресс, которую он назвал фазой истощения.

Такая неспособность вернуться к нормальному эмоциональному состоянию может быть результатом нескольких факторов. Как правило, индивид с ПРЛ одновременно и создает неблагоприятное для себя окружение, и контролируется им. Особенности темперамента усугубляют начальную эмоциональную реакцию индивида и снижают степень восстановления исходного эмоционального состояния после воздействия каждого нового стрессора. Неспособность переносить или ослаблять кратковременный стресс без генерирования дисфункционального поведения избегания создает дополнительные стрессоры. Неадекватные межличностные навыки приводят к межличностному стрессу и мешают разрешению большинства жизненных проблем. В равной мере неадекватная система социальной поддержки (инвалидирующее окружение) может усугублять неспособность человека контролировать отрицательные средовые события, это еще больше ослабляет его шансы на развитие необходимых навыков.

Например, женщина может быть объектом контроля склонного к насилию мужа и нескольких зависимых детей. У нее может не быть возможности, финансовой либо моральной, покинуть семью. Неэффективные навыки и неадекватная система социальной поддержки могут усугублять неспособность женщины контролировать отрицательные средовые события, а также препятствовать формированию новых навыков. Или, например, на рабочем месте женщины может формироваться такое окружение, которое недостаточно поощряет, но часто наказывает, однако по материальным соображениям эта женщина в обозримом будущем не сможет бросить свою работу. Большая занятость не позволяет ей развить навыки, которые помогли бы найти более подходящую работу. Возникающий в результате этого хронический,

непрерывный кризис в сочетании с изначальной низкой переносимостью стрессовых событий и неспособностью избежать их почти неминуемо приводит к восприятию возникающих впоследствии трудностей как непреодолимых.

Чувство неудержимого натиска возникающих проблем может быть ключом к пониманию часто возникающей у индивидов с ПРЛ тенденции (иногда даже пристрастия) к парасуицидальному поведению, суицидальным угрозам или другим формам импульсивного, дисфункционального поведения. И, как указывает И. Берент (*Berent, 1981*), последовательное ослабление духа может привести к завершенному суициду. Непостижимая, на первый взгляд, чрезмерная реакция на явно незначительные события, критику и потери становится понятной на фоне беспомощности пациента перед лицом хронического кризиса, который он переживает. Описанная выше модель активной пассивности указывает, что индивиды данной категории обычно неспособны справиться со стрессом без посторонней помощи. Оба эти паттерна — непрерывного кризиса и активной пассивности — лежат в основе частых, чрезмерных требований, предъявляемых к терапевту пациентами. Воспринимаемая компетентность приводит к нежеланию окружающих помогать индивиду. Если это нежелание распространяется даже на терапевта, непрерывный кризис развивается еще быстрее.

Непрерывный кризис обычно мешает планированию терапии. Критические проблемы меняются настолько быстро, что ни пациент, ни терапевт не могут эффективно с ними справиться. Из собственного опыта мне известно, что ориентированная на кризис жизнь индивидов с ПРЛ создает особые трудности для реализации намеченного терапевтического плана — фактически делает это почти невозможным. Это особенно касается тех случаев, когда терапевтический план включает обучение навыкам, которые непосредственно и очевидно не относятся к текущему кризису и не обещают немедленного эффекта. Направленное обучение навыкам индивидов с ПРЛ отчасти напоминает ситуацию, когда человека учат строить устойчивый дом в то время, когда бушует торнадо. Человек знает, что от торнадо лучше всего спасаться в подвале, спрятавшись под прочным дубовым столом; вполне понятно, когда пациент настаивает на том, чтобы переждать эмоциональный "торнадо" в "подвале".

Я провела много лет, пытаясь добиться эффективного применения поведенческой терапии, которая помогала другим категориям пациентов, в лечении парасуицидальных индивидов и пациентов с ПРЛ. Как правило, эти терапевтические стратегии требовали последовательного акцента на обучении определенным видам навыков, экспозиционной терапии*, когнитивном реструктурировании или обучении самоуправлению. Однако я просто не могла заставить ни себя, ни моих пациенток следовать моим продуманным, структурированным терапевтическим планам дольше одной-двух недель. При столкновении с новыми и комплексными кризисами я повторно анализировала проблемы, пересматривала терапевтические планы или просто использовала время, отведенное на определенные терапевтические мероприятия, для решения более насущных проблем. Новые проблемы всегда казались

---

* Экспозиционная терапия — техника поведенческой терапии, предполагающая контролируемое предъявление пациенту тех раздражителей или ситуаций, которые ассоциируются у него с фобическими реакциями. — *Примеч. ред.*

более важными, чем прежние. Чаще всего я объясняла свою неспособность сделать терапию эффективной собственной неопытностью в поведенческой терапии или другими своими профессиональными недостатками. Однако спустя несколько лет я решила, что даже если проблема заключается в моем непрофессионализме, существует множество других терапевтов, столь же неумелых, как и я. Эта мысль подтолкнула меня к разработке ДПТ. Решением упомянутой дилеммы в ДПТ стало развитие модулей психообразовательной терапии для обучения специфическим поведенческим, когнитивным и эмоциональным навыкам. Хотя задача индивидуальной психотерапии заключается в том, чтобы помочь пациентам применить эти навыки в повседневной жизни, зачаткам этих навыков учат вне контекста обычной индивидуальной терапии. Мои коллеги и я обнаружили, что терапевту гораздо легче противостоять втягиванию в индивидуальный кризис, работая в групповом формате. Кроме того, пациентам, по-видимому, легче понять и вынести кажущееся отсутствие внимания к их личному кризису, если они объясняют это требованиями группового формата; отрицательные эмоции от инвалидации ослабляются. Однако группу не следует считать необходимым фактором. Может сработать любой формат, отличный от контекста стандартной индивидуальной психотерапии (когда пациенту дают понять: “Сейчас мы будем обучаться навыкам, сейчас не время бороться с кризисом”).

Еще одна терапевтическая проблема заключается в том, что зачастую и пациент, и терапевт легко могут заблудиться в лабиринте кризиса. Как только эмоциональное состояние пациента выходит из-под контроля, его кризис может усугубиться и стать настолько сложным, что ни он сам, ни терапевт не смогут сохранить внимание к первичному событию или проблеме. Частично эти трудности обусловлены тенденцией пациента зацикливаться на травматических событиях. Такое зацикливание не только продлевает кризис, но и порождает новые кризисы, связь которых с первоначальным часто не замечается. Пациент в таком состоянии чем-то напоминает переутомившегося ребенка на семейной загородной прогулке. Уставший ребенок начинает капризничать по малейшему поводу, плачет и устраивает истерики. Если родители пытаются справиться с каждым индивидуальным кризисом по отдельности, из этого будет мало толку. Гораздо эффективнее решить первичную проблему — дать ребенку отдохнуть. Подобным образом терапевт, работая с пограничными индивидами, должен помнить о первичном в определенной последовательности событии, обусловливающем эмоциональную уязвимость индивида; в противном случае внимание клинициста может быть отвлечено усиливающимися страданиями пациента, что отдалит его от главной проблемы.

Одна из моих пациенток, назову ее Лори, была крайне чувствительна к критике и неодобрению. Она выросла в неблагополучной семье: отец Лори имел буйный нрав и не мог контролировать свои эмоциональные вспышки. Если дети делали что-либо, чего он не одобрял, он впадал в ярость и нередко бил детей. К тому времени, когда Лори исполнилось 35 лет, типичный сценарий ее жизни выглядел следующим образом: на работе она принимала определенное решение и воплощала его в жизнь, а затем переживала, что ее начальнику это не понравится. После долгих размышлений о своем решении и возможном неодобрении начальника Лори отказывалась от своего плана из-за того, что ее первоначальное решение якобы

было неверным. Потом она ругала себя за "глупость". Затем она могла поговорить со своими коллегами и прийти к выводу, что их совместный проект (не имеющий отношения к первому плану, от которого она отказалась) был безнадежен из-за ее когнитивной "неполноценности". После работы Лори обычно покупала спиртное, шла домой и напивалась, убеждая себя, что ей это все равно не повредит, поскольку у нее проблемы с головой. По этой причине у Лори были очень напряженные отношения с мужем. Утром, страдая из-за похмелья и неизбежного чувства вины, Лори могла неадекватно отреагировать на какой-нибудь вопрос мужа — например, об оплате университетского обучения дочери, и начинался безобразный скандал. Затем Лори приходила ко мне на прием и спокойно спрашивала, как ей лучше поступить — найти другую работу или продать дом, потому что ее семье нужны дополнительные средства для образования детей. Все мои попытки решить этот частный кризис (недостаточно денег, чтобы заплатить за обучение в университете) сопровождались нарастанием эмоций.

Сдерживаемое переживание горя

Тенденция к постоянному кризису уравновешивается противоположной тенденцией к избеганию или сдерживанию переживания и проявления чрезвычайных, болезненных эмоциональных реакций. "Сдерживаемое переживание горя" относится к паттерну многократных, значительных травм и утрат в сочетании с неспособностью к полноценному переживанию, интеграции или разрешению негативных событий. Кризис любого типа всегда подразумевает какие-либо утраты. Они могут быть вполне конкретными (например, смерть близкого человека, потеря состояния или работы, разрыв отношений) или прежде всего психологическими (например, утрата предсказуемости и контроля вследствие резких, неожиданных изменений в окружении или потеря надежды иметь заботливых, поддерживающих родителей после того, как индивид осознает их недостатки). Утрата может быть воспринимаемой (например, воспринимаемая утрата принятия со стороны окружающих, когда замечание другого человека воспринимается как критика). Накопление различных потерь может иметь двоякий эффект. Во-первых, значимая ранняя или неожиданная утрата может повысить чувствительность к последующим (*Brasted & Callahan, 1984; Osterweis, Solomon, & Green, 1984; Callahan, Brasted, & Granados, 1983; Parkes, 1964*). Во-вторых, многочисленные утраты могут привести к "надрыву тяжелой утраты" (*Kastenbaum, 1969*). Такое впечатление, что при этом подавляется сам процесс переживания горя. Как видно из моего описания этого феномена, сдерживаемое переживание горя во многом перекликается с посттравматическим стрессовым расстройством.

Как ПРЛ, так и парасуицидальное поведение связаны с историей одного или нескольких травматических событий (инцест, сексуальное насилие или принуждение, смерть одного из родителей либо братьев или сестер, пренебрежение родителей своими обязанностями) в раннем возрасте. Из некоторых обзоров исследований по этой теме (*Gunderson & Zanarini, 1989*) видно, что индивиды с ПРЛ переживают в детстве утрату родителей из-за развода или смерти, расставание с родителями, а также становятся объектами жестокого обращения или заброшенности в большей степени, чем другие категории психиатрических пациентов. Как я уже упоминала

при описании характеристик инвалидирующего окружения (глава 2), особенно обращает на себя внимание устойчивая связь ПРЛ со случаями сексуального насилия в детском возрасте. Эти данные привели к выводу о том, что ПРЛ следует считать особым случаем посттравматического стрессового расстройства (*Ross, 1989*).

Нормальное переживание горя

Эмпирические исследования на тему нормального переживания горя скудны и обычно рассматривают последствия для индивида смерти близких людей. И все же можно выделить несколько явных этапов нормального переживания горя: 1) избегание, включая неверие, потерю чувствительности или шок; 2) постепенное осознание утраты, приводящее к сильной скорби, которая может сопровождаться тоской по утраченному и его поисками, различными болезненными физическими ощущениями и эмоциональными реакциями, навязчивыми образами и мыслями об утраченном, поведенческой и когнитивной дезорганизацией и отчаянием; 3) разрешение кризиса, реорганизация и принятие (обзор различных формулировок процесса переживания горя см. в: *Rando, 1984*). Переживание горя — чрезвычайно болезненный процесс, состоящий из различных эмоциональных, физических, когнитивных и поведенческих реакций. Хотя в своей полноте комплекс негативных реакций проявляется не у каждого индивида, следующие характеристики достаточно распространены для того, чтобы считать их составляющими "нормального переживания горя": ощущение пустоты в желудке, сдавливание груди или "комок в горле", затрудненное глотание и дыхание, мышечная слабость, вялость, сухость во рту, головокружение, обмороки, ночные кошмары, бессонница, потеря резкости зрительного восприятия, высыпания на коже, потливость, нарушение аппетита, несварение желудка, рвота, учащенное сердцебиение, нарушение менструального цикла, головная боль, общая болезненность, деперсонализация, галлюцинации, сильные отрицательные эмоции (*Warden, 1982; Maddison & Viola, 1968; Rees, 1975*). Здесь важно отметить, что горе и переживание горя включают полный набор отрицательных эмоций — печаль, вину и самобичевание, тревогу и страх, одиночество и гнев.

Все социальные существа, включая людей, скорбят об утратах, в большей или меньшей степени. Вероятно, это явление имеет значение для выживания вида (*Averill, 1968*). Хотя в клинической практике бытует стойкое представление о необходимости скорби, переживания и преодоления утраты, мы не располагаем достаточными экспериментальными доказательствами такого мнения. К. Уортман и Р. Сильвер (*Wartman & Silver, 1989*) полагают, что существуют по крайней мере три распространенных паттерна адаптации к утрате. Некоторые индивиды переживают утрату так, как это описано выше. Довольно многочисленное меньшинство задерживается на стадии скорби и переживает сильные страдания значительно дольше, чем можно ожидать. Наконец, другие люди не выказывают сильных страданий, сопровождающих утрату, или сразу же после утраты, или впоследствии. По-видимому, у многих индивидов происходит адаптивный "обход" переживания горя.

Проблемы с переживанием горя у пациентов с ПРЛ

Пациенты с ПРЛ не относятся к тем индивидам, которые способны "обойти" переживание горя. Более того, они, по-видимому, не могут ни переносить, ни пройти

этап интенсивных страданий. Вместо того чтобы переживать горе, достигая разрешения кризиса и принятия утраты, пациенты постоянно прибегают к реакциям избегания. Таким образом, сдерживание переживания горя у пациентов с ПРЛ усугубляет воздействие стрессовых событий и порождает порочный круг.

Сдерживаемое переживание горя у пациентов с ПРЛ вполне объяснимо. Люди способны к чрезвычайно болезненным переживаниям только в том случае, если уверены, что это однажды закончится, что они, так сказать, могут с этим "справиться". Пациенты с ПРЛ, по их словам, нередко чувствуют, что если они когда-нибудь заплачут, то уже не смогут остановиться. По опыту они знают, что неспособны контролировать или модулировать свои переживания. Фактически у пациентов с ПРЛ развивается страх переживания горя. Перед лицом подобной беспомощности и отсутствия контроля сдерживание и избегание раздражителей, ассоциирующихся с переживанием горя, не только понятно, но порой даже рационально. Однако сдерживание имеет определенные отрицательные последствия.

Значимый аспект патологического переживания горя — успешное избегание раздражителей, ассоциирующихся с утратой (*Callahan & Burnette, 1989*). Однако способность избегать все раздражители такого рода ограничена. Поэтому индивиды с ПРЛ заново открываются переживанию утраты, начинают скорбеть, автоматически подавляют этот процесс за счет избегания или отвлечения внимания от значимых раздражителей, и снова входят в процесс, замыкая круг. Воздействие раздражителей, ассоциирующихся с утратой и горем, длится недостаточно долго для того, чтобы достичь десенсибилизации (т.е. привыкания к ним и постепенного угасания ассоциирующихся с ними эмоций. — *Примеч. ред.*). Дж. Готье и У. Маршалл (*Gauthier & Marshall, 1977*) предположили, что такое кратковременное воздействие интенсивных раздражителей может создать ситуацию, аналогичную "феномену Напалкова". А. Напалков (*Napalkov, 1963*) обнаружил, что вслед за однократным сочетанием условного раздражителя и отрицательного безусловного раздражителя частые краткие предъявления одного условного раздражителя в его полной интенсивности производили заметное усиление условной реакции повышения кровяного давления. На основании этого наблюдения Г. Ю. Айзенк (*Eysenck, 1968, 1968*) разработал теорию когнитивной инкубации страха у людей. Как отмечают Готье и Маршалл, навязчивые мысли о своей утрате или травме, сопровождаемые попытками сдерживания этих мыслей, соответствуют условиям, которые Айзенк считал идеальными для инкубации дистрессовых реакций.

В. Волкан (*Volkan, 1983*) описывает интересное явление, так называемую укоренившуюся патологическую скорбь, напоминающую описываемый мною паттерн. При укоренившейся патологической скорби индивид хочет прекратить скорбеть и в то же время настойчиво пытается представить утрату как нереальную. Я постоянно наблюдала такую тенденцию у пациентов, которые в свое время резко прекратили терапию (по инициативе терапевта). Одна из моих пациенток была госпитализирована после суицидальной попытки. Терапевт посетил ее в клинике и сообщил, что психотерапия закончена и больше им незачем встречаться. После этого терапевт отказывался идти на контакт с пациенткой, не отвечал на ее звонки и письма и даже отказался говорить со мной или направить мне отчет, заявляя, что это даст пациентке безосновательные надежды. На протяжении первых двух лет работы со

мной пациентка постоянно пыталась восстановить контакт с прежним терапевтом, часто убеждая меня в необходимости нашей встречи втроем. Она злилась на меня всякий раз, когда мои действия шли вразрез с его действиями. Снова и снова возобновлялось переживание горя, сопровождающееся соматическими, эмоциональными, когнитивными и поведенческими реакциями, в том числе суицидальным поведением, и в конце концов имела место попытка обойти дистрессовые реакции — пациентка предпринимала новые усилия для возобновления контакта с прежним терапевтом.

Хотя нам известно, что долгосрочное сдерживание переживания горя оказывает пагубное воздействие, не совсем понятно, почему полезно выражение эмоций, связанных с утратой и травмой. Дело может быть в том, что влияние раздражителей, ассоциирующихся с эмоциональной болью, приводит к угасанию или привыканию, в то время как постоянное избегание и недостаточное воздействие этих раздражителей мешает данному процессу. Существуют доказательства того, что если индивид говорит или пишет о травматических или стрессовых событиях (особенно если речь идет об эмоциях, возникающих вследствие этих событий), это приводит к ослаблению новых реакций, связанных с негативными событиями, улучшению физического здоровья и росту чувства собственного благополучия (см. обзор в: *Pennebaker, 1988*).

Задача терапевта при работе с пограничным пациентом заключается в том, чтобы помочь ему не избегать утрат и травматических событий, а также переживать и выражать переживание горя. Основной способ добиться этого — обсуждать отрицательные ситуации. Легче сказать, чем сделать, ведь зачастую пациент активно сопротивляется этому. Некоторые пациенты настаивают на обсуждении предыдущих травм, особенно жестокого обращения в детском возрасте, прежде чем они обретут способность обратить вспять соответствующее им эмоциональное сдерживание. Даже если терапевт успешно начинает обсуждение травмы или болезненной утраты, пациент часто замыкается и замолкает или односложно отвечает на вопросы. Например, мне редко доводилось встречать пациенток, которые продолжали бы разговор на определенную тему лишь до того момента, когда чувствовали, что вот-вот могут сорваться; из-за подступающих слез наша беседа обычно прекращалась и возобновлялась только тогда, когда пациент снова мог контролировать себя. Одна из моих пациенток, которую я назову Джейн, почти никогда не могла говорить на болезненные темы дольше одной-двух минут. Она сразу же закусывала губу, мышцы ее лица напрягались, она смотрела в сторону и сжималась в комок, и наша беседа прекращалась. Если другие терапевты, у которых Джейн лечилась прежде, замолкали и ждали, пока Джейн заговорит, она молчала и могла просидеть так целый час. Позже я узнала, что в таких ситуациях сознание Джейн отключалось либо ее захлестывал поток беспорядочных мыслей; Джейн чувствовала, что ей трудно дышать, и думала, что может умереть.

Когда конфронтация и убеждения продолжить разговор не работают, терапевт может поддаться следующей мысли: если действия пациента оказывают отрицательное влияние на клинициста, то, по всей видимости, пациент *хочет* добиться именно такого результата. Поведение пациента истолковывается как агрессия по отношению к терапевту или терапии (я уже упоминала о таком явлении в этой же главе,

когда речь шла о гневе). (Видеозапись встречи с Джейн содержит те самые сцены отчуждения, которые некоторые специалисты расценили как активные агрессивные попытки.) Часто моя интерпретация подобного поведения как сдерживаемого переживания горя воспринималась скептически, как проявление наивности с моей стороны. Порой мне кажется, что терапевты считают собственное разочарование и гнев безошибочными показателями мотивов пациентов. Опасность подобного подхода состоит в том, что он безусловно инвалидирует чувства пациента; таким образом, поддерживается окружение, воздействию которого пациент подвергался всю жизнь. Более того, пациент лишается помощи, которая ему крайне необходима.

Мой опыт показывает, что эффективнее сосредоточиться на специфических и конкретных видах поведения, которые пациент может применить для прекращения эмоционального сдерживания. Главное — серьезно отнестись к экспрессивным проблемам пациента и предложить ему ту помощь, в которой он нуждается. Например, в ситуации с Джейн я постепенно переходила от конкретных указаний (снять зеркальные очки, сесть ровно) до напоминаний о том, что нужно расслабить лицевые мышцы (когда видела, что они напряжены). Существует и другая опасность — довести такой подход до абсурда и отказываться признавать враждебные намерения и гнев даже тогда, когда они существуют. Главное в том, что наличие и характеристики факторов, влияющих на поведение, должны устанавливаться, а не предполагаться. Сдерживаемое переживание горя предлагает альтернативу интерпретации противоречивого поведения пациента как проявления враждебности по отношению к терапевту.

Диалектическая дилемма для пациента

На оси "непрерывный кризис — сдерживаемое переживание горя" пациент с ПРЛ фактически сталкивается с двумя дилеммами. Во-первых, ему трудно (если вообще возможно) подавить переживание горя по требованию и избегать воздействия раздражителей, ассоциирующихся с утратами и травмами, находясь в состоянии непрерывного кризиса. Во-вторых, хотя сдерживание переживания горя может быть эффективным средством кратковременного облегчения эмоциональных страданий, оно не слишком эффективно для обеспечения социальной поддержки пациента и не дает долговременного успокоения. Наоборот — избегание, характерное для сдерживаемого переживания горя, часто проявляется в таких формах импульсивного поведения, как злоупотребление спиртными напитками, лихачество за рулем, расточительство, беспорядочные сексуальные связи и разрыв отношений. Подобное поведение способствует возникновению нового кризиса. Таким образом, индивиды с ПРЛ колеблются от одного полюса к другому: они то чрезвычайно уязвимы для кризисных событий, то подавляют все аффективные реакции, связанные с кризисом. Основная проблема здесь в том, что с интенсификацией переживаний в каждой крайней точке индивиду все труднее и труднее возвращаться назад.

Диалектическая дилемма для терапевта

Диалектическая дилемма для терапевта состоит в том, чтобы сбалансировать свои реакции на изменчивый характер страданий пациента — от острого кризиса и мощного аффекта до полного сдерживания чувств. Интенсивная реакция терапевта на

любое проявление этих крайностей может стать толчком, который отбросит пациента к противоположному полюсу. Задача терапевта — во-первых, помочь пациенту осознать паттерн своего реагирования, во-вторых, дать ему реальную надежду на то, что он сможет переживать горе. Для этого терапевт должен обучать пациента навыкам переживания горя, в том числе стратегиям совладания, необходимым для успешного принятия утраты и адекватной реорганизации жизни.

В то же время терапевт должен обеспечить валидацию и поддержку чувств пациента, а также трудностей, вызванных непрерывным кризисом. Понимание без оказания конкретной помощи в разрешении кризиса может, несомненно, доставить еще больше страданий, чем отсутствие внимания. Однако та помощь, которую может предложить терапевт, требует от пациента конфронтации с кризисом, а не избегания. Синтез, к которому стремится терапевт, — способность пациента и глубоко переживать горе, и выйти из этого состояния; конечная цель для пациента — строить и перестраивать свою жизнь в свете новой реальности.

Заключение

В данной главе, как и в двух предыдущих, я описываю теоретические основы ДПТ. Многие полагают, что теория не связана с практикой. В чем нуждаются многие терапевты, так это в конкретных советах — что именно делать и когда. Оставшиеся главы этой книги — попытка предоставить именно такую помощь, воплотить теорию в практике. Однако ни одно руководство по терапии не может предусмотреть все ситуации, с которыми вам придется столкнуться в вашей работе. Поэтому нужно достаточно хорошо знать теорию, чтобы найти индивидуальный терапевтический подход к каждому пациенту. Цель теории — дать вам адекватный способ восприятия пациента, способ понимания его эмоциональных переживаний и отношений между ними, даже если вы сами не имели подобных переживаний. Теория также призвана обеспечить концептуализацию трудностей пациента, которая поможет вам не терять надежду, когда клиническая ситуация выглядит безнадежной, и сориентировать вас в поиске новых терапевтических решений, когда вы в них будете нуждаться.

Примечания

1. Отто Кернберг — один из выдающихся ученых, считающих чрезмерный гнев ключевым фактором развития ПРЛ. Когда я предложила свою гипотезу половой обусловленности, чтобы разъяснить наше несогласие по этому поводу, Кернберг возразил, что многими из его учителей были женщины.
2. Иногда сдерживание выражения чувств может функционировать в качестве стратегии эмоционального контроля. Альтернативное объяснение “воспринимаемой безэмоциональности” некоторых пациентов с ПРЛ может заключаться в том, что недостаточная невербальная экспрессивность либо определенных эмоций, либо некоторых уровней возбуждения является результатом конституциональных (т.е. биологических) переменных. Если положение вещей действительно таково, это может быть важным провоцирующим фактором, ведущим к инвалидации окружением чувств индивида в его раннем возрасте.

II

Обзор терапии и ее цели

4

Обзор терапии: кратко о целях, стратегиях и допущениях

Важные шаги в терапии

Если говорить кратко, ДПТ очень проста. Вместо того чтобы обвинять пациента, терапевт создает валидирующий контекст, в рамках которого блокирует или устраняет "плохое" поведение, "извлекает" из пациента "хорошее" и находит способ сделать последнее настолько подкрепляемым, что пациент придерживается его и отказывается от "плохого" [1].

В самом начале составляется список "плохих" и "хороших" видов поведения (по степени важности). Решимость (пусть даже вполсилы) стремиться к достижению поведенческих целей ДПТ — обязательное требование к пациенту. Обязательные характеристики терапевта — сострадание, настойчивость, терпение, вера в действенность терапии, превосходящая убеждение пациента в ее неэффективности, а также некоторая готовность к риску. Чтобы решить эти задачи, нужно предпринять определенные действия, которые обсуждаются ниже.

Подготовка: как привлечь внимание пациента

Обсуждение целей и ориентация пациента на терапию

Крайне важно добиться согласия относительно целей и общих терапевтических процедур между терапевтом и пациентом еще до начала терапии. На этом этапе терапевт должен привлечь внимание пациента и добиться его заинтересованности. ДПТ придает большое значение порядку и важности различных терапевтических целей (подробнее об этом — в главе 5). На первом месте — суицидальное, парасуицидальное и другие виды поведения, опасные для жизни человека. Второе место занимают типы поведения, препятствующие терапевтическому процессу. На третьем месте по важности — проблемы, которые исключают возможность достижения приемлемого качества жизни. На всем протяжении терапии пациент обучается использованию навыков совладания со стрессом, которые должны заменить привыч-

ные, дисфункциональные реакции. Четвертая из важнейших задач — стабилизация этих поведенческих навыков. Как только в этих сферах достигается некоторый успех, на первое место по важности выходит задача снятия посттравматического стресса, а вслед за этим — помощь пациенту в достижении устойчивого принятия собственных чувств и самоуважения.

Пациенты, которые не обязуются работать над ослаблением суицидального и парасуицидального поведения, межличностных стилей, препятствующих терапии, а также над развитием поведенческих навыков, не подлежат лечению. (По мере терапевтического прогресса необходимо согласие пациента работать над достижением следующих целей ДПТ.) Будущих пациентов знакомят с другими аспектами терапии, включая способы ее проведения и основные правила. Пациенты, которые не принимают минимальных требований (описанных ниже в этой же главе), не подлежат терапии. Если программа, в рамках которой осуществляется терапия, не предусматривает юридической или этической возможности отказать пациенту, необходимо создать "программу в программе", которая обеспечила бы такую возможность. Пациентам напоминают о предварительных обязательствах соблюдать условия ДПТ всякий раз, когда они пытаются нарушить или изменить правила. Также и пациент имеет право напоминать клиницисту о его обязательствах относительно терапии.

Установление отношений

Терапевт с самого начала должен работать над установлением прочных, положительных межличностных отношений с пациентом. Это крайне важно, поскольку отношения с терапевтом подчас выступают единственным подкреплением, которое помогает индивиду с ПРЛ управлять собой и изменять поведение. Что касается пациентов с высокой суицидальностью, иногда именно отношения с терапевтом остаются единственной ниточкой, которая связывает их с жизнью. Наконец, подобно многим школам психотерапии, ДПТ исходит из допущения, что опыт искреннего принятия, внимания и заботы со стороны терапевта имеет самостоятельную ценность, не говоря уже о переменах, которые достигаются в результате терапии (*Linehan, 1989*). Вы мало чего добьетесь в ДПТ, не сформировав необходимых отношений.

Как только отношения установлены, терапевт начинает приучать пациента к мысли о том, что правила изменились. Если до этого пациент мог полагать, что в случае улучшения ему придется расстаться с терапевтом, то теперь ему дают понять, что без улучшений это произойдет намного быстрее: "Неэтично продолжать неэффективную терапию". Диалектическую поведенческую терапию называли "терапией шантажа": терапевт предлагает пациенту качественные отношения, пытаясь добиться от него улучшения поведения. Если терапевт не может достичь определенного межличностного влияния, необходимого для стимуляции изменений, то круг участников терапевтического процесса следует расширить, включив в него лиц, обладающих требуемым влиянием. Например, когда дело касается подростков, может возникнуть необходимость в семейной терапии.

Важность соблюдения диалектических принципов

Основное диалектическое напряжение в ДПТ создается между изменением и принятием. Парадокс заключается в том, что терапевтические изменения могут иметь место только в контексте принятия существующего положения; однако "принятие существующего положения" как таковое — уже изменение. Поэтому ДПТ требует, чтобы терапевт уравновешивал изменение и принятие при каждом взаимодействии с пациентом. Стратегии ДПТ можно классифицировать по их тяготению к диалектическим полюсам изменения либо принятия. Еще один аспект диалектического напряжения — чередование контроля и свободного режима. Терапевт контролирует терапию (а иногда и пациента), чтобы помочь пациенту в конце концов добиться свободы и самоконтроля. Соблюдение диалектических принципов также требует от терапевта моделирования и подкрепления диалектических стилей реагирования. Осуществляется конфронтация поведенческих крайностей (эмоциональных, когнитивных либо внешних реакций), происходит обучение новым, более диалектически сбалансированным реакциям.

Применение основных стратегий: валидация и решение проблем

Основа терапии — применение стратегий решения проблем, сбалансированных стратегиями валидации. Это те "качели", с которыми я сравнивала терапевтический процесс в главе 1. С позиции пациента неадаптивное поведение часто выступает средством решения проблем, разрешения или устранения которых он желает. Однако с точки зрения терапевта именно неадаптивное поведение как таковое представляет собой проблему, которую необходимо разрешить.

Валидация

Существует два вида валидации. Что касается первой разновидности, терапевт находит смысл, правильность или ценность в эмоциональных, когнитивных или внешних реакциях индивида. Очень важный момент здесь заключается в выделении этих поведенческих реакций, их составляющих и паттернов, имеющих смысл в контексте текущих, соотнесенных с ними событий. Главный смысл эмоциональных страданий и неадаптивного поведения у индивидов с ПРЛ состоит в непринятии собственных чувств. Таким образом, терапевтические изменения не могут быть достигнуты без принятия пациентом собственных чувств. Лечение, направленное исключительно на изменение пациента, не обеспечивает пациенту валидации. Второй тип валидации относится к в*и*дению и вере терапевта во внутреннюю способность пациента выбраться из того непрерывного страдания, в которое превращается его жизнь, и построить новую, достойную жизнь. В ДПТ терапевт находит сильные стороны пациента и делает ставку на них, а не на его слабости. Терапевт верит и в терапию, и в пациента.

Решение проблем

Основные стратегии изменений — те, которые относятся к решению проблем. Этот набор стратегий включает: 1) проведение поведенческого анализа соответствующего проблемного поведения; 2) анализ решения с поиском альтернативных поведенческих решений; 3) ориентацию пациента на предложенное решение; 4) достиже-

ние решимости пациента следовать рекомендуемым терапевтическим процедурам; 5) применение терапии.

Поведенческий анализ заключается в пошаговом анализе, направленном на определение событий, вызывающих неадаптивное поведение либо способствующих ему, а также функциональном анализе для определения возможных стрессовых ситуаций, подкрепляющих неадаптивное поведение. Процесс и результаты поведенческого анализа подводят к анализу метода решения: терапевт и (желательно) пациент находят альтернативные поведенческие реакции и разрабатывают терапевтический план, направленный на изменение соответствующих поведенческих проблем. При этом решаются следующие вопросы.

1. Обладает ли индивид потенциальной возможностью реагировать более адаптивно и сделать свою жизнь более приемлемой? Если нет, то какие поведенческие навыки для этого необходимы? Эти вопросы фокусируют внимание на процедурах обучения навыкам. Выделяют пять категорий навыков: "основные" навыки психической вовлеченности, перенесение дистресса, эмоциональная регуляция, межличностная эффективность и самоуправление. (Подробнее об этих навыках говорится в главе 5.)
2. Какие именно имеются подкрепляющие стрессовые ситуации? Можно ли считать проблему результатом подкрепляющих последствий неадаптивного поведения либо отрицательных или нейтральных последствий адаптивного поведения? В любом случае разрабатываются процедуры управления этими факторами. Задача состоит в том, чтобы добиться положительного подкрепления "хорошего" поведения, отрицательного подкрепления или устранения "плохого" поведения и усвоения пациентом новых правил.
3. Если адаптивное поведение решения проблем существует, то сдерживается ли его применение чрезмерным страхом или чувством вины? Страдает ли пациент эмоциональной фобией? Если да, показана экспозиционная терапия.
4. Если адаптивное поведение решения проблем существует, то сдерживается или затрудняется его применение ошибочными представлениями и допущениями? Если да, то показано применение программы когнитивной модификации.

В большинстве случаев поведенческий анализ выявит дефицит навыков совладания со стрессом, подкрепление стрессовых ситуаций, возникающее вследствие страха и чувства вины сдерживание эмоций, а также ошибочные представления и допущения. Соответственно, возникнет необходимость в терапевтической программе, включающей обучение навыкам совладания со стрессом и управления кризисными ситуациями, экспозиционные стратегии и когнитивную модификацию. Однако поведенческая цель каждой стратегии зависит от результатов поведенческого анализа.

Уравновешивание межличностных стилей коммуникации

ДПТ сочетает и уравновешивает два разных межличностных коммуникативных стиля: "негативный" и "реципрокный" (от лат. *reciprocus* — взаимный. — *Примеч. пер.*). Негативная коммуникация рассчитана на то, чтобы заставить пациента, образно выражаясь, "сойти с рельсов". Реакции терапевта кажутся не соответст-

вующими сообщениям пациента, иногда пациенты считают реакции терапевта "странными", поскольку терапевт переносит рассматриваемую проблему в новый контекст, отличающийся от привычного контекста, используемого пациентом. Основная идея заключается в том, чтобы вывести пациента из состояния равновесия и перенастроить баланс. Реципрокная коммуникация, наоборот, подразумевает душевное тепло, эмпатию и отзывчивость терапевта. Сюда входит и терапевтическое самораскрытие, применяемое терапевтом, чтобы смоделировать совладание с проблемами и нормативные реакции на повседневные ситуации.

Сочетание стратегий консультирования пациента и средовых интервенций

ДПТ характерна тем, что в ней отдается предпочтение подготовке пациента к самостоятельному управлению своими делами (подход консультирования пациента). Смысл этого подхода заключается в том, что вместо интервенций, преследующих цель разрешить проблемы *за* пациента или координации лечения с другими профессионалами, специалист по ДПТ учит пациента самостоятельно справляться с проблемами. Такой подход непосредственно вытекает из веры терапевта в пациента. Проблемы и неуместные действия других специалистов (даже если они входят в терапевтический коллектив ДПТ) рассматриваются как возможности для обучения. Стратегии консультирования пациента составляют основную часть методов в ДПТ. Средовые интервенции с цёлью изменений, разрешения проблем или координации терапии в интересах пациента применяются вместо стратегий консультирования пациента и для их уравновешивания, если 1) результат крайне важен и 2) пациент явно не обладает возможностью достичь его.

Терапия терапевта

Работа в рамках ДПТ может быть чрезвычайно трудной для терапевта, имеющего дело с пограничными индивидами. Важный аспект ДПТ — терапия для самого специалиста посредством супервизии, обсуждения клинических случаев и с помощью терапевтического коллектива. Функция консультативной группы по обсуждению клинических случаев заключается в том, чтобы удержать терапевта в рамках терапии. Предположение, что терапия пациентов с ПРЛ должна осуществляться в индивидуальном порядке, вне коллектива, по меньшей мере рискованно. Терапия терапевта — неотъемлемая составляющая ДПТ.

Формы терапии

Я использую термин "формы", имея в виду различные компоненты терапии, которые в совокупности составляют ДПТ, а также способы их применения. В принципе, ДПТ может осуществляться с помощью любой формы терапии. В рамках нашей исследовательской программы, направленной на выявление валидности ДПТ как амбулаторной терапии, работа осуществлялась в четырех основных формах, применяемых одновременно: индивидуальная психотерапия, групповой тренинг навыков, телефонное консультирование и консультация по отдельным клиничес-

ким случаям для терапевтов. Кроме того, большинство пациентов получали дополнительную терапию. В зависимости от условий применения (например, частная практика или стационарное лечение в клинике) может возникнуть необходимость в развертывании этих форм терапии или, наоборот, в их сокращении.

Индивидуальная амбулаторная психотерапия

В "стандартной" диалектической поведенческой терапии (т.е. первоначальной версии ДПТ) каждым пациентом занимается индивидуальный терапевт — член терапевтического коллектива, закрепленный за данным пациентом. Все прочие формы терапии так или иначе связаны с индивидуальной. Индивидуальный терапевт отвечает за помощь пациенту в подавлении неадаптивного, пограничного поведения и за его замену адаптивными, полезными реакциями. Терапевт, занимающийся индивидуальной психотерапией, пристально следит за мотивационными моментами, включая личные и средовые факторы, сдерживающие эффективное поведение, вызывающие и подкрепляющие неадаптивное поведение.

Сеансы индивидуальной амбулаторной психотерапии обычно проводятся раз в неделю. На начальном этапе работы и в периоды кризисов терапия может проводиться дважды в неделю, как правило, только по сокращенной программе, хотя для некоторых пациентов такой режим даже предпочтительнее. Сеансы обычно продолжаются от пятидесяти–шестидесяти до девяноста – ста десяти минут. Более длительные сеансы (так называемые "двойные сеансы") проводятся с пациентами, которым трудно эмоционально "разогреться" и затем "остыть" за более короткое время. Продолжительность сеанса может меняться на протяжении всего периода лечения в зависимости от конкретных терапевтических задач, которые необходимо решить. Например, обычный психотерапевтический сеанс может длиться шестьдесят минут, однако когда планируется терапевтическая экспозиция пациенту раздражителей, ассоциирующихся с перенесенным насилием, для сеанса может отводиться больше времени — девяносто – сто двадцать минут. Или же на какой-то период времени может планироваться один двойной сеанс и обычный сеанс (или один сокращенный сеанс для "проверки"). Непосредственно во время психотерапевтического сеанса клиницист может принять решение о его продолжении или сокращении, чтобы подкрепить терапевтическую "работу" пациента или наказать избегание. Если нельзя продлить сеанс из-за возможных накладок в расписании, можно в удобное время того же дня провести телефонную консультацию или назначить встречу на следующий день. Уместно также назначать встречи с пациентами, которые часто нуждаются в более длительных сеансах, на конец рабочего дня. Основная идея в том, чтобы продолжительность сеанса соответствовала насущным терапевтическим задачам, а не определялась настроением пациента или клинициста. Иногда от терапевта требуется творческий подход к решению проблем.

В условиях клинического лечения или научного эксперимента закрепление пациентов с ПРЛ за определенными терапевтами может быть сопряжено с особыми трудностями. Многие индивиды с ПРЛ имеют опыт "неудачных" терапевтических отношений, у них формируются устойчивые представления о том, каким человеком должен быть их терапевт. У терапевтов могут быть в равной мере устойчивые представления о тех качествах, которыми должны обладать их будущие пациен-

ты. Многие пациентки, ставшие жертвами сексуального насилия, предпочитают, чтобы с ними работали специалисты-женщины. В нашей клинике во время приемного интервью мы предоставляем будущим пациентам информацию о том, какие терапевты у нас работают, и интересуемся предпочтениями наших клиентов. Индивидуальный терапевт закрепляется за каждым пациентом после изучения терапевтическим коллективом результатов приемного интервью, истории болезни и жалоб каждого индивида. Хотя я поддерживаю идею о беседе пациента и терапевта для принятия информированного решения о совместной работе, в нашей клинике такая процедура неосуществима. Вместо этого проводится несколько структурированных сеансов, чтобы каждый пациент и терапевт могли решить, способны ли они к сотрудничеству. Пациент может попросить, чтобы за ним закрепили другого терапевта, если он на то согласен. Однако пациент не сможет участвовать в других элементах терапевтической программы, если откажется от индивидуальной терапии с одним специалистом и не наладит терапевтического альянса с другим (как в нашей клинике, так и вне ее).

Тренинг навыков

Все пациенты в первый год терапии должны пройти структурированный тренинг навыков. Из личного опыта мне известно, что в контексте индивидуальной психотерапии, направленной на снижение мотивации суицидального и других видов пограничного поведения, тренинг навыков у пациентов с ПРЛ представляет чрезвычайные трудности. Необходимость в кризисных вмешательствах и постоянном внимании к другим важным проблемам обычно исключает возможность тренинга навыков. Нелегко обеспечить и достаточное внимание к мотивационным факторам в контексте лечения с жестким контролем терапевтической программы, что необходимо для тренинга навыков. Решением этой проблемы в стандартной ДПТ стало разделение терапии на две составляющие; они либо проводятся разными терапевтами, либо применяются одним и тем же клиницистом, но в разных формах. Что касается нашей программы, пациенты не могут проходить тренинг навыков без сопутствующей индивидуальной психотерапии. Индивидуальная психотерапия необходима для того, чтобы помочь пациенту интегрировать приобретенные навыки в повседневную жизнь. Среднестатистический индивид с ПРЛ не может заменить дисфункциональные, пограничные стили совладания эффективным поведенческим совладанием, если не пройдет интенсивной индивидуальной подготовки.

Тренинг навыков в ДПТ проводится в психообразовательном формате. В рамках нашей программы он обычно осуществляется в открытых группах, которые встречаются раз в неделю, встреча длится от двух до двух с половиной часов. Возможны и другие форматы. В некоторых клиниках проводятся два сеанса в неделю, по часу каждый (один час для анализа домашних заданий, второй — для подачи материала). В больших клиниках может проводиться одна общая встреча в неделю для предоставления нового материала и одна еженедельная встреча многочисленных малых групп для анализа домашних заданий. В небольших клиниках и у частных психиатров группы могут быть малочисленными, а встречи более короткими.

Хотя мои коллеги и я обычно включаем в группу от шести до восьми пациентов, минимальное количество участников группы — два человека. Пациент, который

по определенным причинам не имеет возможности посещать групповые занятия, может проходить индивидуальный тренинг навыков. По собственному опыту могу сказать: лучше, когда индивидуальным тренингом навыков занимается другой специалист; в противном случае наблюдается тенденция (которой лично мне, например, трудно сопротивляться) превращать тренинг навыков в индивидуальную психотерапию. Если индивидуальный терапевт все же превращает тренинг навыков в психотерапию, следует проводить отдельные сеансы, жестко структурированные для тренинга навыков.

Программа последовательного тренинга навыков описана в "Руководстве по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности".

Поддерживающая групповая психотерапия

После завершения тренинга навыков пациенты в моей программе могут по желанию присоединиться к поддерживающим терапевтическим группам; эти группы открыты и действуют постоянно. Обычно пациенты присоединяются к группам временно, но могут возвращаться в группу, если есть необходимость. Исключение составляют наиболее продвинутые группы, в которых групповая психотерапия может стать первичной формой долгосрочной терапии для некоторых пациентов. Ведение таких групп подробнее описывается в "Руководстве по тренингу навыков...".

Хотя я не собирала эмпирических данных по этому вопросу, вполне вероятно, что описанная выше индивидуальная психотерапия может дублироваться в контексте групповой психотерапии. В таком случае групповая ДПТ дополняет или замещает индивидуальную.

Телефонное консультирование

Важная составляющая ДПТ — телефонное консультирование с индивидуальным терапевтом в промежутках между психотерапевтическими сеансами. Это объясняется несколькими причинами. Во-первых, многим суицидальным индивидам и пациентам с ПРЛ чрезвычайно трудно адекватно выразить свою потребность в помощи. Некоторым мешает страх, стыд или убеждение в том, что они не заслуживают помощи либо их потребности "неправильные"; вместо этого они могут прибегать к парасуицидальному поведению или другим видам кризисного поведения как "крику о помощи". Другим пациентам не трудно просить о помощи, но они делают это в такой требовательной или оскорбительной манере, что потенциальные субъекты помощи чувствуют себя объектами манипуляций; пациенты могут использовать и другие неэффективные стратегии. Телефонные консультации рассчитаны на то, чтобы обеспечить благоприятные условия для изменения этих дисфункциональных паттернов. Во-вторых, пациенты часто нуждаются в помощи для интеграции поведенческих навыков ДПТ в их повседневную жизнь. Суицидальные пациенты часто нуждаются в большем объеме терапевтического общения, чем может быть предоставлено в рамках одного индивидуального сеанса (и тем более в рамках одного группового занятия по формированию навыков) в неделю, особенно во время кризиса, когда они не могут справиться с возникающими проблемами без посторонней помощи. В ходе телефонной консультации пациент может получить соответствующие указания терапевта, необходимые для генерализации навыков. В-третьих, про-

ведение телефонной консультации непосредственно после конфликтных ситуаций дает пациентам возможность восстановить атмосферу доверительных терапевтических отношений, не дожидаясь следующей личной встречи с терапевтом.

В программах дневного стационара, в стационарных психиатрических отделениях и резиденциальных учреждениях (к таковым относятся пансионаты, временные приюты, дома для престарелых, санатории и т.п. — *Примеч. ред.*) телефонные консультации в какой-то степени могут заменяться общением с персоналом среднего звена. При амбулаторном лечении телефонным консультированием в рамках ДПТ иногда могут заниматься другие терапевты. Это особенно соответствует первым двум целям телефонной консультации (обучение тому, как правильно просить о помощи и принимать ее, а также обучение генерализации навыков).

Консультации по отдельным клиническим случаям

Нет никаких сомнений: лечение пациентов с ПРЛ для терапевта сопряжено с сильным стрессом. Многие терапевты быстро "выгорают". Другие (из-за своей близорукости, я полагаю) демонстрируют ятрогенное поведение. Как видно из следующего раздела, одна из посылок ДПТ заключается в том, что у терапевтов часто наблюдается проблемное поведение, которое пациент ставит ему в вину. Такое поведение терапевта вполне объяснимо. Пациенты с ПРЛ создают чрезвычайные трудности для терапевта, требуя немедленного облегчения их страданий; терапевт иногда испытывает сильное давление, заставляющее его производить серьезные (и подчас резкие) изменения в лечении, даже если оно могло быть эффективным при более длительном применении. Подчас терапевт реагирует на это давление прямо противоположным образом, отказываясь вносить какие-либо изменения. Если ни один из этих подходов не помогает и страдания пациента не прекращаются, терапевт может перейти к "обвинению жертвы". Стресс, сопровождающий лечение высокосуицидальных пациентов, может привести к формированию циклического паттерна: удовлетворение, сопровождающееся наказанием, которое в свою очередь сопровождается примирением, и т.д.

Проблемы, связанные с осуществлением терапии, решаются на консультативных встречах специалистов, практикующих ДПТ. В этих встречах принимают участие все терапевты (как индивидуальные, так и групповые), использующие диалектическую поведенческую терапию для лечения индивидов с ПРЛ. Подобно требованию об обязательном тренинге навыков для пациентов, специалисты по ДПТ должны проходить супервизию или консультирование у опытных специалистов, индивидуально или в группе (лично я предпочитаю последнее). В первый год терапии как групповые, так и индивидуальные терапевты должны посещать одни и те же встречи. В амбулатории, в дневном стационаре или в стационарном отделении, где применяется ДПТ, все члены терапевтического коллектива должны посещать одни и те же встречи. Консультативные встречи для терапевтов проводятся раз в неделю.

Вспомогательное лечение

Пациентам с ПРЛ иногда недостаточно еженедельных сеансов индивидуальной психотерапии, тренинга навыков и телефонных консультаций. Например, некоторые пациенты могут нуждаться в фармакотерапии, дневном стационаре,

профессиональном или семейном консультировании, срочной госпитализации и т. д. Многие также могут присоединяться к таким общественным организациям, как "Анонимные алкоголики". ДПТ не запрещает дополнительного профессионального или непрофессионального лечения.

Если вспомогательное лечение осуществляется клиницистом, который регулярно посещает консультативные встречи и применяет методы ДПТ, то ДПТ интегрирует его в качестве одной из составляющих. Хотя я не составляла протоколов ДПТ для этих дополнительных компонентов, такие протоколы, основанные на принципах ДПТ, могут (и должны) быть разработаны. Например, в настоящее время ДПТ адаптируется для дневного стационара, а также для кризисных программ и долгосрочных стационарных программ (*Barley et al., in press*). Как правило, вспомогательное лечение осуществляется клиницистами, работающими в русле других теоретических направлений. Но даже если оно проводится специалистом по ДПТ, он может не иметь условий для регулярных консультаций с терапевтическим коллективом. В этом случае проводимое этим терапевтом лечение рассматривается как дополнительное по отношению к основной ДПТ. Имеются особые протоколы для дополнительного использования фармакотерапии и кризисной госпитализации; они описаны в главе 15. Принципы взаимодействия специалистов по ДПТ со специалистами, осуществляющими вспомогательное лечение, обсуждаются в главе 13.

Допущения относительно индивидов с ПРЛ и терапии

Самое главное, что нужно учитывать при рассмотрении допущений, — это то, что они всего лишь посылки, а не факты. Тем не менее принятие допущений, описанных ниже, и действия в соответствии с ними могут пригодиться при терапии пациентов с ПРЛ. Эти принципы составляют контекст терапевтического планирования.

1. Пациенты делают все возможное

Первое философское допущение ДПТ заключается в том, что все люди в любой момент времени делают все, на что они способны. Мой опыт показывает, что пациенты с ПРЛ обычно прилагают отчаянные усилия, пытаясь измениться. Однако зачастую эти усилия не сопровождаются каким-либо ощутимым успехом, да и старания пациентов добиться контроля над своим поведением, как правило, не особенно заметны. Поскольку поведение пациентов часто невыносимо для окружающих, необъяснимо и не поддается контролю, очень соблазнительно предположить, что индивиды с ПРЛ не прилагают никаких усилий. Иногда сами пациенты, когда их спрашивают, говорят, что недостаточно старались. Эти пациенты приняли социальную интерпретацию своих поведенческих проблем. Тенденция многих терапевтов побуждать пациентов к бóльшим усилиям или давать понять пациентам, что они не стараются должным образом, может стать для последних весьма тяжелым опытом инвалидации. (Это, однако, не говорит о том, что в рамках продуманной и обоснованной стратегии терапевт не должен использовать подобного рода утверждений для воздействия на пациента.)

2. Пациенты хотят изменений к лучшему

Второе допущение вытекает из первого и перекликается с выводом, к которому приходят терапевты, работающие с суицидальными индивидами: если они взывают о помощи, значит, они хотят жить. Иначе зачем просить о помощи? Пациенты с ПРЛ настолько привыкли слышать, что их поведенческие неудачи и трудности, препятствующие терапии, вызваны недостатком мотивации, что сами начинают в это верить. Допущение, что пациент хочет добиться изменений к лучшему, конечно же, не исключает анализа всех факторов, мешающих мотивации к улучшениям. Сдерживание, вызванное страхом или стыдом, дефицит поведенческих навыков, ошибочные представления о результатах поведения и факторы, подкрепляющие поведенческую регрессию, имеют большое значение. Допущение терапевта, что неудачи в достижении существенных или быстрых улучшений объясняются отсутствием намерения, в лучшем случае представляет собой пример ошибочной логики, а в худшем — становится еще одним фактором, препятствующим мотивации пациента.

3. Пациентам нужно добиваться больших успехов, прилагать больше усилий и иметь более высокую мотивацию к изменениям

На первый взгляд может показаться, что третье допущение противоречит первым двум, однако я так не считаю. Тот факт, что пациенты с ПРЛ делают все, что могут, и хотят добиться улучшений, совсем не означает, что их усилия и мотивация достаточны для достижения цели; часто бывает, что совершенно недостаточны. Поэтому задача терапевта — анализировать факторы, сдерживающие или препятствующие мотивации и усилиям пациента, направленным на достижение улучшений, а затем использовать стратегии решения проблем, чтобы помочь пациенту увеличить усилия и усилить свою мотивацию.

4. Пациенты могут быть не виноваты во всех своих проблемах, но в любом случае им придется их решать

Четвертое допущение озвучивает веру в то, что пациент с ПРЛ должен изменять собственные поведенческие реакции и свое окружение, чтобы его жизнь стала лучше. Пациент не добьется улучшений, если просто придет к терапевту, разберется в своей проблеме, будет принимать лекарства и получать поддержку специалиста, сможет установить идеальные терапевтические отношения или просто отдаст себя на милость Бога. Самое главное то, что сам терапевт не может спасти пациента. Хотя это правда, что пациент не в состоянии измениться самостоятельно и что он нуждается в помощи, львиная доля работы все-таки остается за ним. Если бы это было не так! Мы бы спасали пациентов без их участия. Очень важно, чтобы специалист по ДПТ вразумительно объяснил это условие пациенту, особенно в кризисные периоды.

5. Жизнь суицидальных индивидов с ПРЛ в нынешнем виде невыносима

Пятая посылка состоит в том, что часто озвучиваемая неудовлетворенность пациентов с ПРЛ своей жизнью вполне оправданна. Пациенты действительно терпят

адские муки. Если серьезно относиться к жалобам пациентов и их описанию своей жизни, такое допущение очевидно. Учитывая этот факт, единственным решением проблемы остается изменение их жизни.

6. Пациенты должны обучаться новым поведенческим паттернам во всех ситуациях

Функционирование индивидов с ПРЛ зависит от настроения, поэтому они должны добиваться значительных изменений в своих копинг-стратегиях — не только в состоянии эмоционального равновесия, но и в кризисных эмоциональных состояниях. За некоторыми исключениями, ДПТ обычно не поддерживает госпитализацию, даже в кризисные периоды, поскольку госпитализация предполагает изоляцию индивидов от окружения, в котором они должны обучаться применению новых навыков. ДПТ также не особенно приветствует, если терапевт начинает действовать за пациента, когда стресс достигает крайнего уровня или кажется невыносимым. Период стресса — время для освоения новых способов совладания с ним.

То, что специалист не должен действовать *за* пациента, не означает, что терапевт не должен заботиться *о* пациенте. Задача терапевта в кризисный период — ни на шаг не отходить от пациента, ободрять его и давать полезные советы. Такой подход, когда терапевт делает все возможное, чтобы в кризисный период вскрыть внутренние ресурсы пациента, а не действовать за него, может привести к рискованным ситуациям. Допущение возможности суицида — важное условие проведения ДПТ. Альтернатива риску не очень привлекательна — пациент останется жить, но его жизнь будет по-прежнему наполнена невыносимой эмоциональной болью.

7. Пациенты не виноваты в неудаче терапии

Седьмое допущение заключается в том, что в случае преждевременного прекращения терапии, отсутствия прогресса в ней или ухудшения состояния пациента при прохождении ДПТ виноват либо терапевт, либо терапия, либо они оба. Если работа проводится согласно протоколу, а состояние пациента все же не улучшается, несостоятельность приписывается самой терапии. Это противоречит мнению многих клиницистов о том, что если пациент преждевременно прекращает терапию или в ней не наблюдается прогресса, следует объяснять неудачу недостаточной мотивацией пациента. Даже если это предположение верно, терапия должна повышать мотивацию пациента настолько, чтобы обеспечить прогресс лечения.

8. Терапевты, работающие с пограничными пациентами, нуждаются в поддержке

Как я уже неоднократно упоминала, индивиды с ПРЛ представляют собой одну из самых трудных категорий психиатрических пациентов. Терапевт снова и снова допускает ошибки, которые мешают лечению. Некоторые проблемы — результат сильного желания пациентов как можно быстрее освободиться от страдания. Часто терапевт способен приглушить эмоциональную боль, однако такие его действия нередко мешают достижению долгосрочных целей. Терапевт зачастую разрывается между требованиями немедленной помощи и необходимостью достижения

перспективных терапевтических задач. Существует и множество других факторов, которые мешают специалисту остаться в терапевтических рамках. Чтобы помочь терапевту не сбиться с курса, необходима поддержка группы супервизии и консультирования, всего терапевтического коллектива, супервизора.

Особенности терапевта и его навыки

В данном контексте под “особенностями терапевта” подразумеваются его установки и преобладающие межличностные позиции по отношению к пациенту. Если говорить кратко, терапевт должен уравновесить способности и недостатки пациента, последовательно и гибко синтезируя стратегии принятия и опеки со стратегиями изменения и требований. Побуждение к изменениям должно сочетаться с безграничным терпением. Поскольку ДПТ характеризуется выраженным диалектическим уклоном, терапевт не должен бояться двойственности и парадоксальности, присущих стратегиям ДПТ. Терапевтам, которые стремятся к черно-белым целям, методам и понятиям, ДПТ может показаться противоречивой, особенно когда они столкнутся с парадоксальной необходимостью контролировать деструктивное поведение пациентов и в то же время развивать их уверенность в своих силах и стимулировать их готовность полагаться на себя.

Необходимые характеристики терапевта представлены на рис. 4.1. Хотя они изображены как биполярные признаки, ДПТ говорит о синтезе или равновесии между полюсами; таким образом, схематически позиция терапевта может быть представлена как центр каждой оси, или точка их пересечения. Синтез принятия и изменения представляет собой основной диалектический баланс, которого нужно достичь в ДПТ. Два других измерения — непоколебимая устойчивость и сострадательная гибкость, доброжелательная требовательность и опека — просто отражают основное.

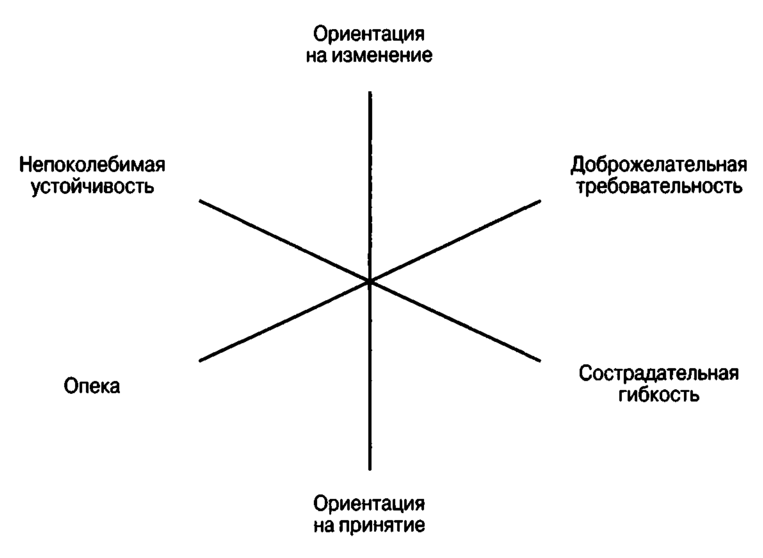


Рис. 4.1. Требования к клиницисту, практикующему ДП

Принятие и изменение

Первое измерение обсуждается на протяжении всей книги: баланс направленности на принятие и на достижение изменений. Под "принятием" я понимаю нечто довольно радикальное, а именно принятие как пациента, так и терапевта, как терапевтических отношений, так и терапевтического процесса в том виде, в котором они находятся в данный момент. Это не принятие ради изменения, иначе это была бы стратегия изменения. Скорее, принятие подразумевает готовность терапевта найти внутренний смысл и "правильность" в имеющейся ситуации и ее участниках и полностью погрузиться в опыт — без критики, обвинения или манипулирования. Однако, как уже упоминалось, жизнь — это непрерывные изменения, и любые отношения подразумевают взаимное воздействие. Терапевтические отношения зарождаются из необходимости изменений и желания пациента получить профессиональную помощь в процессе изменений. Ориентация на изменение требует, чтобы терапевт принимал ответственность за направление терапевтического влияния, или изменений, во благо пациента. Такая позиция характеризуется активностью и осознанностью; она подразумевает систематическое использование принципов поведенческих изменений.

С позиции принятия/изменения ДПТ представляет собой баланс между поведенческими подходами, которые прежде всего служат технологиями изменения, и гуманистическими, клиент-центрированными подходами, которые можно считать технологиями принятия. В ДПТ терапевт не только моделирует синтез изменения/принятия, но также содействует выработке пациентом соответствующей жизненной установки, поддерживая изменение и исправление им нежелательных сторон своей личности и ситуаций, а также толерантность и принятие тех самых характеристик. Обучение навыкам психической вовлеченности и перенесения дистресса уравновешивается обучением навыкам эмоционального контроля и межличностной эффективности в конфликтных ситуациях.

Для баланса принятия и изменения существенное значение имеет способность терапевта в контексте терапии одновременно проявлять душевную теплоту к пациенту и устанавливать контроль над его поведением. Основной контроль в процессе изменения поведения достигается посредством использования отношений; при отсутствии достаточной теплоты и принятия со стороны терапевта его действия будут восприниматься не как забота и поддержка, а как проявления враждебности и требовательности.

Непоколебимая устойчивость и сострадательная гибкость

"Непоколебимая устойчивость" подразумевает веру в себя, в терапию и в пациента. Это спокойствие среди бури — совсем как в центре урагана. Данное качество требует достаточной ясности ума — терапевт должен осознавать, в чем, по большому счету, нуждается пациент, а также не позволять страданиям пациента сбить себя с этого курса. Устойчивость в ДПТ не означает приверженности произвольно установленным правилам, как в некоторых других видах терапии. Она также не требует соблюдения особой последовательности действий (исключая приверженность терапевта благополучию пациента). Ни произвольно установленные правила, ни жесткая последовательность действий терапевта не имеют особой ценности в ДПТ.

"Сострадательная гибкость" относится к противоположной способности терапевта учитывать значимую информацию о статусе пациента и соответственно изменять свою позицию. Это умение с легкостью менять позицию, которую прежде необходимо было настойчиво отстаивать. Если применить образное сравнение, то устойчивость — когда ноги прочно стоят на земле, а гибкость — способность так повернуть плечи, чтобы позволить пройти пациенту. Гибкость подразумевает легкость, восприимчивость и креативность терапевта. С точки зрения диалектики, это способность изменять границы проблемы, обнаруживая и включая составляющие, которые прежде исключались.

Учитывая шансы совершения ошибок при проведении ДПТ, большое значение имеет готовность признавать и исправлять погрешности, допущенные в терапевтических отношениях. Иначе говоря, в таком сложном и нелегком терапевтическом процессе ошибки неизбежны; терапия характеризуются не ошибками, а тем, что делается для их исправления. Компетентный терапевт должен уметь признавать ошибочность своих действий, будь то несвоевременная улыбка, которую пациент принимает за насмешку, принудительные методы воздействия либо потеря терпения из-за отсутствия терапевтического прогресса и последующее отвержение пациента (когда терапевт не отвечает на телефонные звонки, письма и холодно ведет себя с пациентом). Индивиды с более адекватным функционированием могут одновременно испытывать доверие к своему терапевту и болезненный аффект, вызванный некоторыми его действиями, поэтому требуют меньше усилий по восстановлению. Однако индивиды с ПРЛ едва ли могут быть причислены к этой категории, поэтому они могут отождествлять работающих с ними терапевтов с прочими источниками страданий. Без валидации терапевтом чувств пациента и гибких попыток решения проблем в определенной ситуации терапия превращается для пациента в очередной факт обманутого доверия, очередные неудавшиеся отношения, от которых нужно либо бежать, либо снова терпеть, не надеясь на улучшение. Более того, терапевт должен быть способен переносить как неудовлетворенность, вызванную отверганием пациентом совершенно уместного, казалось бы, терапевтического вмешательства, так и замедление прогресса. Гибкость в стратегиях и распределении времени — важное условие успешной терапии.

Баланс между непоколебимой устойчивостью и сострадательной гибкостью означает, что терапевт должен быть способен учитывать существующие условия и границы, часто при интенсивных, порой отчаянных попытках пациента контролировать его реакции, и в то же время гибко перестраиваться, приспосабливаться и "уступать" пациенту в зависимости от ситуации. Терапевт должен быть внимательным как к собственной ригидности (естественная реакция на стресс терапевтической ситуации), так и к неправильной тенденции уступать каждому желанию, требованию или временной потребности пациента.

При работе с суицидальными пограничными пациентами равновесие между двумя этими крайностями становится существенным, когда терапевт займется устранением паттерна дисфункционального межличностного поведения. Крайне важно сохранять устойчивость и придерживаться выбранного курса действий, если только терапевт непреднамеренно не установит режим периодического подкрепления, при котором дисфункциональное поведение приобретет высокую устойчи-

вость к терапевтическим изменениям. Это одно из проявлений оперантного научения. Однако при работе с суицидальными индивидами терапевт может проявлять излишнюю ригидность в устранении дисфункционального поведения и должным образом не реагировать на насущные потребности индивида. Как указывала одна из моих пациенток, в любом обществе нормой считается уделять человеку больше внимания и заботы, когда он болеет. Однако не каждый человек остается больным, чтобы получать внимание и заботу.

Опека и доброжелательная требовательность

ДПТ подразумевает интенсивную опеку пациента. В данном контексте "опека" подразумевает обучение, "ведение", содействие, укрепление и поддержку пациента для стимуляции его способности к научению и изменению. От терапевта требуется желание и некоторая естественность заботы и опеки по отношению к пациенту. Сострадание и чуткость важны при работе с пациентами, которые обладают характерным для индивидов с ПРЛ сочетанием восприимчивости и скованности эмоционального выражения. Без этих качеств терапевт всегда будет отставать от зачастую очень тонких реакций пациента на его утверждения, замечания других пациентов при групповой терапии и внутренние или средовые раздражители. Хотя основное усилие в ДПТ направлено на обучение пациентов идентификации и вербализации эмоций, терапевт, которому не удастся "прочитать мысли" пациента на ранних этапах терапии, будет склонен считать, что тот намеренно саботирует терапию своими капризами или что пациент, который на самом деле испытывает страх и отчаяние, проявляет враждебность.

Терапевт должен находить баланс между предоставлением необходимой помощи и отказом в предоставлении ненужной для пациента помощи. "Доброжелательная требовательность" заключается в признании терапевтом потенциальных способностей пациента, подкреплении его адаптивного поведения и самоконтроля и отказе заботиться о пациенте в тех случаях, когда он сам может позаботиться о себе. В целом компетентное использование неблагоприятных условий (в данном случае требование изменений как необходимого условия выполнения желаний пациента) играет очень важную роль. Необходимая характеристика терапевта — способность проявлять некоторую твердость, если того требует ситуация. Диалектическая позиция здесь заключается в том, чтобы одной рукой подталкивать пациента вперед, а другой рукой поддерживать его, чтобы он не упал. Таким образом, опека — это усиление способностей пациента. Как я уже замечала выше, рассуждая о пациенте и терапии, баланс заключается в нахождении оптимального сочетания действий *за* пациента и заботе *о* пациенте. Чтобы способствовать изменениям, нужно применять и кнут, и пряник.

Соглашения пациента и терапевта

Соглашения со стороны пациента

ДПТ требует заключения определенных соглашений. Обычно они необходимы для формального приема индивида на терапию и рассматриваются как условие работы

с ним. Положения соглашений должны обсуждаться и разъясняться во время первых нескольких встреч терапевта и пациента, после которых необходимо заключение как минимум устного соглашения.

Соглашение о годичной терапии

Ограниченная во времени возобновляемая терапия. После первого или нескольких первых психотерапевтических сеансов пациент и терапевт должны достигнуть ясного соглашения о совместной работе и ее сроках. Не следует автоматически предполагать, что пациент хочет работать с данным терапевтом. При обычных обстоятельствах пациент и терапевт заключают соглашение о совместной работе в течение года, и по истечении срока соглашение может продлеваться еще на год. В конце каждого года оценивается успех терапии и обсуждается вопрос возобновления соглашения. У разных терапевтов разное мнение о том, что необходимо для продолжения совместной работы. Некоторые предпочитают работать с пациентами на долгосрочной основе и ежегодно возобновляют соглашение, если только не возникает серьезных препятствий или если не достигается цель терапии. Другие терапевты ориентированы на ограниченные сроки лечения и устанавливают терапевтические отношения, заранее планируя направить пациента к другому специалисту по истечении года, если сохранится необходимость в терапии. ДПТ в условиях стационара может быть ограниченной во времени.

Некоторые индивиды с ПРЛ не переносят ограниченной во времени, невозобновляемой терапии. Они не могут открыться ни эмоционально, ни вербально, если знают, что терапия должна закончиться в строго определенный срок. Таким пациентам нельзя навязывать соглашение о годичной невозобновляемой терапии. Очевидно, что при ограниченном во времени, невозобновляемом лечении терапевтические задачи могут быть более узкими, чем при долгосрочном лечении. Например, я приняла на ограниченную во времени ДПТ нескольких пациенток, которые неоднократно госпитализировались для психиатрического лечения, были отвергнуты несколькими терапевтами из-за отсутствия прогресса, находились в дисфункциональном и хронически парасуицидальном состоянии и были неспособны найти терапевта, согласного взяться за работу с ними. Некоторых из пациенток включили в свои “черные списки” различные клиники. В этих случаях я разъясняю таким пациентам, что буду работать с ними в течение одного года, а затем помогу им найти другого терапевта. Моя задача — помочь этим пациентам устранить парасуицидальное поведение и научиться эффективному функционированию в рамках терапии, чтобы они смогли наладить отношения и работать со следующим терапевтом. Я рассматриваю такую терапию как предварительную, необходимую для дальнейшей работы.

Обстоятельства одностороннего прекращения соглашения. Во время первых нескольких сеансов терапевт должен вразумительно объяснить пациенту обстоятельства, которые могут привести к одностороннему прекращению соглашения. В ДПТ существует единственное формальное правило досрочного прекращения терапии: пациент, пропустивший четыре недели предписанного лечения подряд, будь то тренинг навыков или индивидуальная психотерапия, выбывает из программы. Пациент не сможет вернуться к терапии до конца обусловленного соглашением периода, а

вопрос дальнейшего возобновления терапии обсуждается с терапевтом. Нет таких обстоятельств, при которых это правило может быть нарушено. Никакие причины, по которым пациент пропускает четыре недели запланированной терапии подряд, в ДПТ не считаются уважительными. Первоначально такое правило было принято для удобства проведения научных исследований; мы нуждались в операциональном определении прекращения терапии. Затем я поняла, что это правило очень эффективно в клинических условиях. Оно очень четко разделяет пропуск психотерапевтических сеансов (до трех подряд) и выбывание из терапии (непосещение четырех подряд сеансов индивидуальной психотерапии или предписанных занятий по тренингу навыков). Таким образом, пациенты, пропустившие один, два или три психотерапевтических сеанса подряд, знают, что смогут продолжить терапию; но знают также, что четвертый пропущенный сеанс будет означать для них прекращение лечения. Это правило помогает снизить процент "утечки пациентов".

Многие пациенты с ПРЛ ждут от терапевтов безусловного обязательства продолжать терапию без ограничений времени или до конца установленного периода (оговоренного в предварительном соглашении) независимо от обстоятельств. Такие пациенты аргументируют свое желание тем, что не смогут доверять терапевту или раскрыться, боясь разрыва отношений со стороны специалиста. Возможность такого исхода может постоянно беспокоить пациента. Очень соблазнительно для терапевта попытаться убедить пациента, что независимо от его действий или слов во время терапии специалист не будет инициировать преждевременного прекращения лечения. ДПТ не рекомендует такого подхода. В ДПТ отношения терапевта и пациента регулируются примерно так, как отношения между супругами. Хотя терапевт берет на себя обязательства работать с пациентом, преодолевать трудности, пытаться решить любые терапевтические проблемы по мере их возникновения, эти обстоятельства не являются безусловными. Если терапевт убеждается, что дальнейшая помощь пациенту невозможна, если пациент создает для специалиста такие трудности, которые он не в силах преодолеть, или если возникают какие-либо внешние обстоятельства, препятствующие терапии (допустим, переезд в другой город), будет рассмотрен вопрос о прекращении терапии. Как я говорю своим пациенткам, даже материнская любовь не безусловна. Тем не менее, заключаемое специалистом соглашение подразумевает, что терапевт приложит все усилия, чтобы защитить пациента от одностороннего прекращения терапии. Если поведение пациента способствует разрыву терапевтических отношений, терапевт 1) обратит внимание пациента на опасность одностороннего прекращения терапии достаточно своевременно для того, чтобы тот успел соответствующим образом изменить свое поведение, и 2) поможет пациенту осуществить эти изменения. (Поведение, чреватое досрочным прекращением терапии, — вторая по важности терапевтическая цель, о чем подробнее говорится в следующих двух главах.) И хотя пациент может оставить терапию в любое время, ожидается, что он придет к своему терапевту, чтобы обсудить такое решение.

Соглашение о посещении

Следующее соглашение подразумевает посещение пациентом всех назначенных психотерапевтических сеансов. Индивидуальный тренинг навыков и психотера-

певтические сеансы могут переноситься, если это удобно как для терапевта, так и для пациента. Если пропущенный групповой тренинг навыков записывается на видео, пациент может посмотреть кассету перед посещением следующего занятия. Терапевт должен вразумительно объяснить пациенту, что недопустимо пропускать психотерапевтические сеансы только из-за того, что он находит их слишком болезненными для себя, у него плохое настроение, он хочет избежать обсуждения нежелательной темы или испытывает отчаяние.

Соглашение о суицидальном поведении

Если у пациента есть проблемы с суицидальным поведением (включая парасуицид без намерения покончить с собой), следует посоветовать ему считать такое поведение первоочередной терапевтической задачей. Необходимо общее соглашение о том, что при прочих равных условиях пациент будет работать над решением проблем такими методами, которые исключат намеренное членовредительство, суицидальную попытку или завершенный суицид. Следует подчеркнуть, что если это не станет одной из задач пациента, лечение с помощью ДПТ может ему не подойти. Терапевт должен быть особенно внимателен к двойственности пациента относительно суицидального поведения. Хотя в целом нужно стремиться к ясно высказанному согласию пациента прекратить суицидальное поведение, можно принимать и менее явные соглашения. Иногда пациент соглашается на посещение терапии, понимая, что терапевтическая цель заключается в прекращении суицидального поведения, однако он может быть не в состоянии прямо заявить, что не совершит самоубийства. Структура этого соглашения подробнее обсуждается в главе 14.

Соглашение о препятствующем терапии поведении

Следующее соглашение заключается о том, чтобы работать над решением любых проблем, препятствующих терапии. Открытое обсуждение этого соглашения с самого начала подчеркивает сущность терапии как отношений межличностного сотрудничества.

Соглашение о тренинге навыков

Поскольку одна из важнейших терапевтических целей — помочь пациенту заменить дисфункциональные реакции эффективными и функциональными, то ясно, что пациент должен каким-то образом освоить необходимые поведенческие навыки. Поэтому в первый год применения ДПТ все пациенты должны пройти программу тренинга навыков (или, если это невозможно, какую-либо аналогичную программу).

Соглашение об участии в эксперименте и оплате

Если ДПТ проводится в контексте научно-исследовательского эксперимента, пациент должен быть информирован об этом и предоставить свое согласие на участие в эксперименте. Следует четко оговорить сумму вознаграждения и форму оплаты.

Соглашения терапевта

Крайне важно, чтобы терапевт четко объяснил, чего вправе ожидать от него пациент. Со стороны терапевта предусматриваются следующие соглашения.

Соглашение о "всемерных разумных усилиях"

Самое большее, чего пациент может ожидать от терапевта, — максимальные (в разумных пределах) усилия компетентно проводить терапию. Пациент может ожидать от терапевта всемерных усилий к тому, чтобы действовать ради его блага, помогать ему достигать осознания проблем и осваивать новые навыки, а также вооружать такими поведенческими средствами, которые помогут эффективнее справляться с возникающими жизненными ситуациями. Терапевт должен ясно дать понять пациенту, что сам он не в состоянии спасти его, не может решить проблемы пациента вместо него, не может удержать его от суицидального поведения. Это вытекает из упомянутого ранее положения о том, что пациенты должны решать свои проблемы сами.

Терапевту полезно помнить о распространенных ошибочных представлениях относительно терапии. Самое серьезное заблуждение заключается в том, что усилий одного терапевта достаточно, чтобы каким-то образом исправить ситуацию. Неспособность терапевта прекратить сильные страдания пациента или хотя бы ослабить их часто интерпретируется пациентом как отсутствие заботы или желания помочь. Очень важно, чтобы терапевт не намекал пациенту, что он поймет ошибочность такого предположения, когда "вырастет" или станет "менее самовлюбленным". Задача практикующего ДПТ специалиста — активно опровергать подобные заблуждения. Я лично нахожу полезным подчеркивать, что хотя я могу помочь пациенту сформировать и отработать новые поведенческие паттерны, посредством которых он сможет изменить свою жизнь к лучшему, однако не в состоянии сделать это за него. Здесь полезно применить сравнение терапевта с проводником. Я могу показать кому-то дорогу, но не в состоянии пройти эту дорогу за него. Забота специалиста заключается в том, чтобы идти рядом с пациентом и не оставлять его одного. Время от времени терапевту следует напоминать об этом пациенту на протяжении всего терапевтического процесса.

Этическое соглашение

Этика поведения терапевта может быть весьма важным аспектом лечения пациентов с ПРЛ. Пациенткам, проходящим лечение в моей клинике, доводилось иметь дело с терапевтами, поведение которых было крайне сомнительным, а порой откровенно неэтичным. Речь идет о случаях сексуальных домогательств, злоупотребления служебным положением и других нарушениях, которые явно выходят за рамки терапевтических отношений. Поэтому открытое соглашение о соблюдении основных принципов профессиональной этики очень важно.

Соглашение о личных контактах

Как и пациент, терапевт обязуется посещать все запланированные психотерапевтические сеансы, отменять сеансы заблаговременно, если возникнет необходимость, или переносить их, если есть такая возможность. Следует обсуждать продолжительность сеансов, принимая во внимание предпочтения пациента и опыт предыдущей терапии. Задача терапевта — обеспечить разумную продолжительность психотерапевтического сеанса и исключить его произвольное прерывание. Помимо обеспечения подстраховки в случае своего отсутствия терапевт также обязуется поддерживать с пациентом телефонный контакт (в разумных пределах). Эти пределы опре-

деляются как стратегией телефонных контактов ДПТ (глава 15), так и принципом соблюдения границ (глава 10).

Соглашение об уважении к пациенту

Это может показаться само собой разумеющимся, однако нелишне упомянуть о том, что терапевт должен уважать личность и права пациента. Хотя уважение к пациенту необходимо для эффективной терапии, соглашение в этом вопросе подразумевает нечто большее, чем помощь пациенту в необходимых поведенческих изменениях.

Соглашение о конфиденциальности

Терапевт обязуется строго сохранять конфиденциальность всей информации, предоставленной пациентом. Обычно только члены терапевтического коллектива или исследовательская группа (если проводятся научные исследования) имеют доступ к видео- и аудиокассетам, записям терапевтов и другим материалам. (Само собой разумеется, что все документы, содержащие информацию о пациентах, которая выйдет за пределы упомянутого круга лиц, должны иметь санкционирующую подпись соответствующего должностного лица.) Даже в пределах терапевтического коллектива и на супервизиях терапевт обязуется сохранять конфиденциальность болезненной, потенциально компрометирующей и глубоко личной информации, если только нет крайней необходимости поступить иначе. Записи терапевтов о пациентах хранятся в надежном, недоступном для посторонних месте. Однако следует также подчеркнуть, что терапевт не обязан соблюдать конфиденциальность, если пациент угрожает самоубийством или при прочих обстоятельствах, когда терапевт не имеет юридического права утаивать полученную от пациента информацию. Если это необходимо для безопасности пациента либо безопасности окружающих, терапевт может сообщать о суицидальных угрозах другим людям — либо родственникам пациента, либо соответствующим должностным лицам.

Соглашение о консультациях

Терапевт обязуется получать консультации по терапии, если возникает необходимость. В стандартной ДПТ все терапевты должны регулярно посещать запланированные консультативные встречи либо с супервизором, либо с группой супервизии и консультирования, либо с другими членами терапевтического коллектива. Смысл этого в том, что пациент может рассчитывать на получение помощи от терапевта тогда, когда она необходима, не будучи обязанным терпеть неэффективную терапию и не боясь обвинений в отсутствии терапевтического прогресса.

Соглашения терапевтов о взаимных консультациях

Помимо прочего, терапевты, входящие в группы супервизии и консультирования, заключают соглашение об определенных видах сотрудничества. Это соглашение относится к соблюдению общих принципов ДПТ в контексте взаимной супервизии или консультативных встреч. Другими словами, терапевты обязуются помогать друг другу точно так же, как они помогают своим пациентам. Кроме того, соглашения такого рода направлены на то, чтобы удерживать терапевта в рамках ДПТ.

Диалектическое соглашение

Консультативная группа ДПТ обязуется принять диалектическую философию — по крайней мере в практическом, прикладном аспекте. Абсолютной истины не существует, поэтому при напряжении, вызванном противоречиями, нужно искать возможности синтеза, а не истину в последней инстанции. Диалектическое соглашение не запрещает иметь твердые убеждения и не рассматривает существование противоположностей как нечто нежелательное. Скорее, оно просто указывает направление, в котором терапевт будет двигаться, если отстаивание противоположных позиций будет грозить расколом консультативной группы.

Соглашение о консультации с пациентами

Суть терапевтического планирования в ДПТ состоит в том, что терапевты не служат посредниками между пациентами и другими специалистами, включая других членов терапевтического коллектива. Консультативная группа ДПТ заключает следующее соглашение: индивидуальные терапевты должны консультироваться со своими пациентами о том, каким образом им следует взаимодействовать с другими специалистами, но не указывать другим терапевтам, как им следует взаимодействовать с их пациентами. Таким образом, когда терапевт допускает ошибки (в разумных пределах), задача других членов терапевтического коллектива — помочь своим пациентам справиться с проблемами, вызванными ошибками терапевта, но не обязательно перевоспитывать ошибающегося клинициста. Это не значит, что члены терапевтического коллектива не занимаются совместным планированием лечения для своих пациентов, не обмениваются информацией о своих пациентах (включая их проблемы с другими членами терапевтического коллектива) и не обсуждают возникающие в работе трудности. Подробнее это соглашение рассматривается в главе 13.

Соглашение о последовательности

Неудачи при реализации терапевтических планов представляют собой отличную возможность для пациентов научиться иметь дело с реальным миром. Работа терапевтического коллектива не предполагает формирования для пациентов идеального окружения, свободного от стрессов. Таким образом, консультативная группа, включая всех членов терапевтического коллектива, заключает соглашение о том, что единая последовательность действий разных терапевтов не обязательна, разные терапевты не обязаны обучать пациента одним и тем же вещам и не обязаны следовать одним и тем же терапевтическим правилам. Каждый терапевт волен устанавливать собственные правила относительно условий терапии. Хотя общие правила для всех членов организации, учреждения или клиники обеспечивают более слаженную работу коллектива, расхождения, с точки зрения ДПТ, считаются неизбежными и естественными в том мире, в котором мы все живем, они предоставляют пациентам (и терапевтам) возможность на практике применить почти все навыки, которым их обучают.

Соглашение о соблюдении границ

Консультативная группа заключает соглашение о том, что все терапевты придерживаются своих личных и профессиональных границ. Более того, члены консультативной группы обязуются не интерпретировать узкие границы как проявление страха эмоциональной близости, эгоцентризма, проблем с доминированием и контролем или общей замкнутости характера, а широкие границы — как отражение потребности опекать других людей, несдержанности или проективной идентификации. Пациентам дается возможность самим выяснить эти границы.

Соглашение об эмпатии

Терапевты заключают соглашение при прочих равных условиях стремиться к эмпатическим интерпретациям поведения пациентов. Это соглашение вытекает из основополагающей посылки (описанной выше) о том, что пациенты делают все возможное и хотят улучшить свою жизнь, а не саботируют терапию или “играют в игры” с терапевтом. Если терапевт не способен на такую интерпретацию, другие члены консультативной группы обязуются помочь ему, в то же время валидируя установку терапевта на “обвинение жертвы”. Члены консультативной группы соглашаются удерживать друг друга в рамках ДПТ, не прибегая к осуждению. Они соглашаются не считать терапевтов, всегда применяющих эмпатические интерпретации, наивными, неопытными или чересчур отождествляющими себя с пациентами. Они также соглашаются не причислять терапевтов, которые всегда интерпретируют поведение пациентов как враждебное, негативное и занимают позицию “обвинения жертвы”, к агрессивным, доминирующим или мстительным.

Соглашение о подверженности терапевтов ошибкам

ДПТ предусматривает открытое соглашение о том, что все терапевты подвержены ошибкам. Выражаясь языком пациентов, это означает, что “все терапевты сволочи”. Поэтому нет смысла оправдываться и выгораживать себя — ведь терапевтов заранее обвиняют во всех ошибках, которые они могут допустить. Задача членов консультативной группы — применять ДПТ друг к другу, чтобы помочь каждому специалисту оставаться в рамках протокола ДПТ. Однако, как и при работе с пациентами, решение проблем среди терапевтов должно быть сбалансировано валидацией внутренней мудрости, вытекающей из их положения специалистов. Поскольку, в принципе, все терапевты подвержены ошибкам, они неизбежно будут нарушать все упомянутые выше договоренности. При этом их коллеги будут указывать на диалектические противоположности, что позволит терапевтам искать возможности синтеза.

Заключение

Допущения относительно терапии и пациентов с ПРЛ, а также соглашения пациента, терапевта и консультативной группы образуют основной рабочий контекст, в котором строится ДПТ, а также обеспечивают основу для принятия терапевтических решений на протяжении всего лечения. Опытные клиницисты, несомненно,

заметили, что ДПТ во многом пересекается с другими терапевтическими школами — как поведенческими и когнитивно-поведенческими, так и другими. Хотя ДПТ, возможно, несет в себе мало (или совсем ничего) принципиально нового, ниточки терапевтических советов (и, я надеюсь, мудрости), которые я собирала в многочисленных практических пособиях и научных работах по лечению ПРЛ, в диалектической поведенческой терапии сплетаются в новый узор. В следующих двух главах и части III моей книги описываются конкретные терапевтические действия и правила принятия решений, составляющие суть ДПТ. В главах 5 и 6 я подробнее описываю поведенческие паттерны, которые составляют предмет ДПТ. Важный аспект любого пособия — обозначение видов поведения, на которых должен сосредоточиться терапевт; в некоторых случаях это основная форма описания терапии. В части III книги я описываю конкретные терапевтические стратегии и процедуры, используемые при контактах с пациентами. Применение терапевтических стратегий в любой школе по-прежнему больше напоминает искусство, чем науку, но я пытаюсь выделить, насколько это возможно, правила, определяющие применение терапевтических стратегий в ДПТ.

Примечания

1. Это краткое определение сути ДПТ любезно предоставила Лорна Бенджамин.

5

Поведенческие цели в терапии: виды поведения, подлежащие усилению или ослаблению

В стандартной когнитивно-поведенческой терапии терапевтические задачи определяются посредством поведенческих целей, т.е. видов поведения, которые подлежат устранению или усилению. Я использую такой же подход. В ДПТ каждая цель представляет собой класс видов поведения, относящихся к определенной теме или сфере функционирования. Конкретный вид поведения, который становится целью в рамках каждого класса, определяется для каждого пациента индивидуально; выбор цели зависит от начальной и последующей оценки поведения. Важность этого аспекта невозможно переоценить.

Общая задача: усиление диалектических паттернов поведения

Первостепенная и самая масштабная цель ДПТ — усиление паттернов диалектического поведения у индивидов с ПРЛ. Проще говоря, это означает как усиление диалектических паттернов мышления и когнитивного функционирования, так и помощь пациентам в изменении их обычно экстремального поведения на более сбалансированные, интегративные реакции.

Диалектическое мышление

Диалектическое мышление — это “золотая середина” между универсалистским (от лат. *universalis* — общий, всеобщий. — *Примеч. ред.*) и релятивистским (от лат.

relativus — относительный. — *Примеч. ред.*) мышлением. Универсалистское мышление предполагает существование незыблемых универсальных истин и универсальный порядок вещей. Истина абсолютна, при конфликте мнений одно из них будет истинным, а другое — ложным. Релятивистское мышление подразумевает невозможность существования универсальных истин и произвольность порядка вещей. Истина относительна, бесполезно искать истину в конфликте мнений, потому что их правота или неправота зависит от восприятия наблюдателя. В отличие от этих позиций диалектическое мышление предполагает развитие и эволюцию истины и порядка вещей с течением времени. При конфликте мнений истина устанавливается путем выяснения того, что было упущено обоими участниками при определении порядка вещей. Истина создается новым порядком вещей, который охватывает и включает в себя то, что прежде отвергалось обоими участниками (*Basseches, 1984, p. 11*).

Таким образом, диалектическое мышление, скорее, сродни конструктивному мышлению, где акцент делается на наблюдении основополагающих изменений, происходящих в результате взаимодействия индивидов со своим окружением. Когнитивная терапия Майкла Махони (*Mahoney, 1991*), которую он называет "эволюционным конструктивным" подходом к терапии, представляет собой яркий пример конструктивного мышления. Этот подход отличается от недиалектических паттернов мышления — таких, например, как структурализм, где делается акцент на паттернах, которые остаются неизменными независимо от времени и обстоятельств.

Как я уже упоминала в главе 2, диалектическое мышление требует способности преодолевать противоречия и воспринимать мир как сложное и многоаспектное явление; принимать противоречивые идеи и мнения, объединять их и генерализировать на новые ситуации; нормально относиться к постоянным переменам и непоследовательности; а также признавать, что любая всеохватывающая точка зрения несет в себе внутренние противоречия. Если мы не можем сдвинуться с мертвой точки при рассмотрении определенной проблемы, можно применить диалектический подход — выяснить, что мы упустили, не были ли искусственно заужены границы проблемы, не рассматриваем ли мы проблему слишком упрощенно. Индивиды с ПРЛ, наоборот, склонны мыслить крайними категориями и жестко придерживаться определенной точки зрения. Все в жизни для них делится на черное и белое. Таким людям зачастую трудно принимать и учитывать новую информацию, они предпочитают отыскивать абсолютные истины и конкретные факты, которые никогда не меняются. Общая задача ДПТ заключается не в том, чтобы заставить пациентов видеть мир как сочетание различных оттенков серого, а скорее в том, чтобы помочь пациентам видеть одновременно и черный, и белый цвета, а также достичь такого их синтеза, который не умалял бы сущности ни одного из них.

Людям, не способным к диалектическому мышлению, или даже тем, кто просто никогда об этом не задумывался, может быть трудно понять, о чем именно здесь идет речь. Вот пример: представьте пациентку, выросшую в семье с радикальным мировоззрением. Став взрослой, она отвергает большинство идей, которые были привиты в детстве, и принимает другое мировоззрение. Ее семья активно выражает свое недовольство. Пациентка рассуждает следующим образом: либо права она, а ее родные ошибаются, либо она ошибается, и тогда права ее семья. Тот, кто не прав, должен отказаться от своих ошибочных взглядов и принять другую, верную точку зрения.

С формальной точки зрения, задача терапевта — помочь пациентке объективно рассмотреть обе позиции и установить, которая из них ближе к истине, а также понять, какие факторы мешают принять истину. Либо пациентка обладает дисфункциональным мышлением, которое следует изменить, либо ее суждения адекватны, и тогда терапевт должен помочь пациентке принять собственные чувства и поверить в себя.

Человек с релятивистским мышлением решил бы, что ни одно из мировоззрений не может считаться абсолютно верным или неверным. В этом случае терапевт направил бы основные усилия на помощь пациентке в установлении того, какая из противоположных позиций может считаться для нее более полезной. Акцент мог бы делаться на проблемах, которые возникают в связи с принятием пациенткой ответственности за собственную точку зрения, либо на дисфункциональной потребности пациентки в согласии с другими людьми или в ответственности других людей за ее действия.

Терапевт с диалектическим мышлением поступил бы иначе — помог бы пациентке установить факторы, которые сформировали ее мировоззрение за определенный период времени, а также определить последствия ее собственных действий, которые в свою очередь повлияли на мировоззренческие установки членов ее семьи и других людей, с которыми она взаимодействует. В этой ситуации терапия была бы направлена на обнаружение факторов, препятствующих дальнейшему развитию и изменению. Терапевт мог бы подвести пациентку к исследованию того, как каждая мировоззренческая установка вытекает из другой и дополняет ее, и к выводу о том, что можно ценить иное мировоззрение без ущемления собственной позиции.

Еще один пример. Предположим, пациентка сообщает своему терапевту о том, что чувствует сильное побуждение к самоубийству. После долгих и бесплодных попыток решения этой проблемы терапевт предлагает пациентке лечь в клинику — до тех пор, пока не пройдет кризис. Пациентка отказывается от госпитализации. Терапевт продолжает убеждать пациентку в необходимости стационарного лечения. Иногда пациентка может видеть сложившуюся ситуацию с формальной позиции: она считает собственные потребности и ценности более значимыми и приоритетными, чем потребности и ценности терапевта. В конце концов, безопасность пациентки — ее личное дело. Терапевт не имеет права навязывать пациентке свои ценности, отправляя ее в психиатрическую больницу, если она с ним не согласна. Пациентка может решить, что в будущем ей стоит скрывать определенную информацию или не говорить правды о своих суицидальных наклонностях — словом, притворяться "нормальной", а также не прибегать к помощи терапевта в решении проблем, связанных с ее суицидальностью.

В другое время мышление пациентки может быть более релятивным, или менее абсолютным. Пациентка считает, что она вправе говорить с терапевтом о своих суицидальных побуждениях, не боясь вынужденной госпитализации. Если она не способна настоять на своем и отказаться от госпитализации, какой смысл в тренинге уверенного поведения, который ей пришлось пройти? При этом терапевт заботится о ней и хочет, чтобы она осталась жива, даже если ему придется навязать ей свою волю. Обе точки зрения представляются в равной мере справедливыми, однако конфликт кажется неразрешимым, поэтому пациентка оказывается в тупике.

Если пациентка способна занять диалектическую позицию, она может взглянуть на проблему как столкновение задачи терапевта по созданию условий, способствующих автономии пациентки, с одной стороны, и его долга защищать пациентку от возможного вреда — с другой. Задача усиления автономии может требовать действий, которые будут затруднять поддержание безопасности пациентки (например, тренинг уверенного поведения и воспитание доверия к собственным решениям). И наоборот, задача обеспечения безопасности пациентки может привести к действиям, ограничивающим ее автономию (склонение пациентки к отказу от своего мнения в пользу мнения терапевта). Если пациентка способна соглашаться с таким положением вещей и ценить его, она может принять решение о сотрудничестве с терапевтом для решения своих суицидальных проблем и в то же время попытается найти способ убедить терапевта в своей безопасности. Пациентке, так же как и терапевту, придется достичь некоторого компромисса между автономией и безопасностью. И в то же время пациентка не собирается забывать о собственных терапевтических задачах. Она может принять решение приложить все силы для достижения успеха в терапии, чтобы трансформировать сложившуюся систему и примирить конфликтующие ценности [1].

Диалектическое мышление и когнитивная терапия

Акцент на недиалектическом мышлении в ДПТ очень близок к акценту на дисфункциональном мышлении в когнитивной терапии. Например, когнитивные ошибки, на выяснение и устранение которых направлена когнитивная терапия, также относятся к недиалектическим паттернам мышления. Как и в когнитивной терапии, задача терапевта в ДПТ — помочь пациенту выявить свои крайне заостренные, абсолютизированные паттерны мышления, а затем помочь ему в определении действенности своих убеждений и выводов. Ниже приводятся проблемные паттерны мышления, которые становятся целями как ДПТ, так и когнитивной терапии.

1. Произвольные умозаключения, основанные на недостаточных или противоречивых данных.
2. Чрезмерное, неоправданное обобщение (сверхгенерализация).
3. Преувеличение значимости или смысла событий.
4. Неадекватное приписывание себе всей ответственности и вины за негативные события.
5. Неадекватное приписывание другим всей ответственности и вины за негативные события.
6. Придумывание прозвищ или навешивание ярлыков, связанных с отрицательными чертами характера, не несущих новой информации, помимо той, которая связана с наблюдаемым поведением, служащим основанием для данных ярлыков.
7. Катастрофическое мировоззрение (драматизация происходящего) или ожидание беды в случае задержки развития некоторых событий или их прекращения.
8. Безнадежные ожидания или пессимистические прогнозы будущего, основанные на избирательном внимании к негативным событиям в прошлом или настоящем, а не на подлежащих проверке данных.

Некоторые (хотя и не все) формы когнитивной терапии делают акцент на эмпирических умозаключениях, согласно которым истинно то, что соответствует фактам и осуществляется в реальной действительности; которые позволяют предсказывать развитие событий в материальном мире и наблюдать то, что поддается операциональному определению. Таким образом, в центре внимания находится истинность или ложность посылок, убеждений и обобщений. Если бы посылки всегда были "истинными и первичными", эмпирический подход был бы вполне достаточным и потребности в диалектических принципах не возникало бы. Однако суть диалектики в том, чтобы никогда не принимать нечто как окончательную истину, неизменный и бесспорный факт. Хотя ДПТ приветствует в первую очередь диалектические умозаключения, это совсем не означает, что они самодостаточны. Эмпирическая логика не считается "ложной", особенно при решении проблем, а рассматривается как один из способов мышления. С этой точки зрения, для достижения понимания большое значение имеет синтез двух упомянутых форм умозаключений.

Диалектические паттерны поведения: сбалансированный образ жизни

Понять диалектические паттерны поведения легче всего через идею равновесия. Индивиды с ПРЛ редко ведут сбалансированный образ жизни. Не только их мышление, но также и типичные эмоциональные реакции и действия, как правило, чрезмерны и носят дихотомический характер. Примеры — пограничные поведенческие паттерны, такие как эмоциональная уязвимость/непринятие собственных чувств, непрерывный кризис/сдерживаемое переживание горя, активная пассивность/воспринимаемая компетентность (подробнее об этом — в главе 3). Диалектическая направленность подразумевает приведение пациента к более сбалансированным и интегрированным реакциям на жизненные ситуации. С точки зрения буддизма, это означает избрание "срединного пути". В частности, таким способом можно разрешить диалектические противоречия между:

- развитием умений и принятием собственных чувств;
- решением проблем и их принятием;
- регуляцией аффекта и переносимостью аффекта;
- самоэффективностью* и поиском помощи;
- независимостью и зависимостью;
- открытостью и неприкосновенностью личной жизни;
- доверием и подозрительностью;
- эмоциональным контролем и эмоциональной терпимостью;
- контролем/изменением и наблюдением;
- вниманием/наблюдением и участием;
- потребностью в других и помощью другим людям;
- направленностью на себя и направленностью на других;
- размышлением/созерцанием и действием.

---

* Самоэффективность — термин когнитивной психологии, означающий оценку индивидом своих успехов с точки зрения собственных целей и стандартов. — *Примеч. ред.*

Первичные поведенческие цели

Ослабление суицидального поведения

Как заметил Р. Минц (*Mintz, 1968*), никакая психотерапия не поможет, если пациент мертв. Когда существует непосредственная угроза для жизни пациента, любая терапия должна перестраиваться таким образом, чтобы эту угрозу устранить. В большинстве терапевтических ситуаций угрозу для жизни создает суицидальное поведение, однако причиной могут быть и другие виды проблемного поведения (например, длительный отказ от пищи у пациенток с невротической анорексией; игнорирование потенциально смертельной болезни, собственные действия, поведение жертвы и т.п.). Как я уже говорила в главе 1, суицидальное поведение, включая завершенный суицид и парасуицидальные действия, совершенные с намерением покончить с жизнью, особенно часты среди индивидов с ПРЛ. Однако в отличие от многих других категорий пациентов, о чем также говорилось в главе 1, у пациентов с ПРЛ наблюдается высокий процент парасуицидальных действий, не сопровождаемых намерением умереть. По меньшей мере у некоторой части пациентов парасуицидальное поведение, как правило, не будет летальным, поэтому не представляет непосредственной опасности для их жизни. Тем не менее парасуицидальные действия любого вида в ДПТ относятся к целям высокой приоритетности; причины такого отношения обсуждаются ниже. В качестве целей в ДПТ фигурируют пять подкатегорий связанного с суицидом поведения: 1) кризисное суицидальное поведение; 2) парасуицидальные действия; 3) суицидальная идеация и суицидальные сообщения; 4) связанные с суицидом ожидания и представления; 5) связанный с суицидом аффект.

Кризисное суицидальное поведение

Кризисным суицидальным поведением считается такое поведение, которое убеждает терапевта или других людей в том, что существует непосредственная опасность совершения индивидом самоубийства в ближайшем будущем. В большинстве случаев это поведение состоит из комбинации правдоподобных суицидальных угроз или другой информации о готовящемся самоубийстве; суицидального планирования и подготовки к самоубийству; приобретения и хранения опасных для жизни средств совершения самоубийства (например, накопление смертельной дозы наркотических веществ или покупка огнестрельного оружия); высокого суицидального намерения. Иногда опосредованная информация о суицидальном намерении также может быть показателем кризисного суицидального поведения. Независимо от того, верит ли терапевт в вероятность последующего суицида, это поведение никогда не следует игнорировать.

Желание умереть, характерное для пациентов с ПРЛ, вполне поддается рациональному объяснению, поскольку та жизнь, которой они живут, зачастую невыносима. Основополагающая доктрина ДПТ гласит, что данная проблема редко вызывается искажением, при котором положительные ситуации превращаются в отрицательные. Проблема скорее в том, что пациент испытывает слишком сильное воздействие многих жизненных кризисов, средовых стрессоров, проблемных межличностных отношений, сложных профессиональных ситуаций и/или физических

проблем, чтобы радоваться жизни или находить в ней какой-либо смысл. Кроме того, устоявшиеся паттерны дисфункционального поведения пациентов сами выступают стрессогенными факторами и устраняют какую-либо возможность улучшения качества жизни. В общем, у пациентов с ПРЛ есть причина для того, чтобы покончить с собой.

Однако диалектико-поведенческий терапевт, даже осознавая те страдания, которые приходится переносить пациентам, всегда остается на стороне жизни. Причина такой позиции объясняется следующим образом. Иногда кажется, что непосредственная задача пациента — убедить терапевта в том, что его жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать. Такие аргументы могут выполнять различные функции. Пациент может предположить, что при согласии терапевта он немедленно вмешается (совсем как в сказке, мне кажется) и изменит жизнь пациента к лучшему. Или же пациент таким образом может набираться решимости для совершения самоубийства. Или же пациент ждет, что терапевт станет утешать и обнадеживать его. Каковы бы ни были причины, иногда мои пациенты убеждали меня в своей правоте. Я не только верила в то, что невозможно жить такой жизнью, но и сама не видела способа ее изменить. Я тоже чувствовала безнадежность.

Но мое чувство безнадежности по поводу определенного пациента было таким же плохим ориентиром, как и обреченность пациента. Я часто не верила в выздоровление пациентов, которые впоследствии смогли круто изменить свою жизнь к лучшему. Я не думаю, что это свидетельствует о моей некомпетентности; чувство безнадежности, по крайней мере по отношению к пациентам с ПРЛ, часто возникает у терапевтов. Однако оно обусловлено событиями нынешней жизни самого терапевта, состоянием терапевтических отношений и преходящими настроениями как специалиста, так и пациента в такой же мере, как и факторами, указывающими на возможность будущего прогресса.

Хотя терапевт может считать, что жизнь, какой бы тяжелой она ни была, все же стоит того, чтобы жить, многие пациенты с ПРЛ делают выбор в пользу смерти. Чем вызваны их страдания — их собственным поведением или неконтролируемыми событиями в окружении — не имеет значения, в любом случае эти страдания слишком сильны, чтобы их выносить. Можно даже допустить, что нет ничего гуманного в том, чтобы оберегать от смерти пациента, жизнь которого не имеет смысла. Поэтому я утверждаю, что ДПТ является не программой предотвращения самоубийств, а программой улучшения качества жизни. Желание покончить с собой по своей сути основано на убеждении в том, что жизнь не изменится к лучшему. Хотя в некоторых случаях такое убеждение может соответствовать действительности, это далеко не всегда так. Смерть же лишает человека какой бы то ни было надежды. У нас нет никакого основания полагать, что после смерти людям становится лучше.

Я считаю, что иногда решение о совершении самоубийства может быть обдуманным и рациональным. Я не согласна с тем, что это положение не распространяется на тех людей, которые проходят психиатрическое лечение или нуждаются в психологической помощи. Я не считаю также, что пациенты с ПРЛ не способны на обдуманное и рациональное решение о совершении самоубийства. Однако эта вера в личную свободу человека не означает, что я должна соглашаться с предпочтительностью или даже приемлемостью суицида для каждого индивида.

Учитывая настойчивые попытки некоторых пациентов с ПРЛ убедить терапевтов в том, что суицид представляет собой правильный способ решения проблем, а также успешность некоторых из этих попыток, терапевт по отношению к самоубийству должен занять заранее определенную, непоколебимую позицию. Не может быть никакой дискуссии между терапевтом и пациентом о прекращении жизни или ее продолжении. Я стою на стороне жизни. Я могу понять тех специалистов, которые помогают своим пациентам решить, стоит ли им продолжать жизнь или прервать ее. Однако, по моему мнению, применение подобного подхода при лечении индивидов с ПРЛ приведет к тому, что терапевт будет поощрять самоубийство пациентов, которые могут изменить свою жизнь к лучшему и найти в ней смысл. Зная о том, что некоторые пациенты, выбравшие жизнь, могут пожалеть о своем выборе, терапевт, как мне кажется, берет на себя ответственность за всемерную помощь этим пациентам в создании достойной жизни. Есть старая поговорка — "Мы в ответе за тех людей, которым спасли жизнь".

Парасуицидальные действия

Как и кризисное суицидальное поведение, парасуицидальные действия (определение парасуицида и более подробное обсуждение этой темы можно найти в главе 1) в ДПТ не могут игнорироваться. Ослабление парасуицидального поведения рассматривается в ДПТ как одна из самым приоритетных целей. Это объясняется несколькими причинами. Во-первых, парасуицид можно считать самым ярким предиктором последующего суицида. Если говорить о ПРЛ, количество завершенных суицидов среди индивидов с суицидальным поведением в два раза превышает таковое по сравнению с индивидами, у которых парасуицидальное поведение не наблюдается (*Stone, 1987b*). Во-вторых, парасуицид причиняет физический вред организму, часто непоправимый. Это, как минимум, шрамы и рубцы, остающиеся от порезов и ожогов. Парасуицид не только ведет к телесным повреждениям, но и может стать причиной неумышленной смерти. В-третьих, действия, основанные на намерении индивида причинить себе вред, просто несовместимы с задачами любой терапии, включая ДПТ. Действенность любой терапии, при условии добровольного участия индивида, определяется, по крайней мере в некоторой степени, желанием помочь себе, а не вредить. Таким образом, лечение парасуицидального поведения становится одной из основных терапевтических задач. В-четвертых, терапевту будет очень трудно выразить свою заботу о пациенте, если он не будет реагировать на попытки членовредительства последнего. Реакция, заключающаяся в настойчивых убеждениях терапевта в необходимости прекращения пациентом парасуицидального поведения, и подключение всех терапевтических ресурсов для достижения этой цели будут необходимым средством выражения сочувствия и заботы о пациенте. Отказ попустительствовать парасуицидальным действиям независимо от обстоятельств будет, конечно же, стратегической терапевтической мерой; неуклонное следование этому принципу может быть чрезвычайно трудным для терапевта.

Суицидальная идеация и суицидальные сообщения

Еще одна приоритетная цель ДПТ — снижение частоты и интенсивности суицидальной идеации и суицидальных сообщений. Реакции, которые становятся пред-

метом терапии, включают суицидальные и парасуицидальные мысли, побуждение совершить самоубийство или причинить себе вред, связанные с суицидом образы и фантазии, разработка суицидальных планов, суицидальные угрозы и разговоры о самоубийстве. Индивиды с ПРЛ часто проводят в размышлениях о самоубийстве довольно долгое время. В таких случаях суицидальная идеация — привычная реакция, которая совсем не означает, что индивид действительно в данный момент хочет умереть. Возможность суицида дает таким индивидам своеобразное утешение — если жизнь станет вконец невыносимой, у них будет возможность избавления. (Это напоминает мне о капсуле с цианистым калием, которую получал разведчик перед тем, как его забрасывали во вражеский тыл. Если разведчик попадал в руки противнику, у него всегда была возможность раскусить капсулу и умереть, чтобы избежать пыток.) У других индивидов с ПРЛ вырабатывается привычка угрожать самоубийством почти при каждой провокации со стороны окружения, но тут же отказываться от своей угрозы. Еще одна категория индивидов с ПРЛ мучительно колеблется, не в силах принять решение — прибегать к самоубийству или нет; обычно эти колебания сопровождаются нестерпимой эмоциональной болью. Суицидальными угрозами всегда занимаются непосредственно. И наоборот, суицидальная идеация требует непосредственного внимания только в том случае, если она появляется впервые или неожиданно, характеризуется интенсивностью или болезненным характером, ассоциируется с кризисным суицидальным или парасуицидальным поведением либо препятствует эффективному решению проблем.

Связанные с суицидом ожидания и представления

ДПТ также уделяет внимание ожиданиям пациентов относительно ценности суицидального поведения как альтернативного средства решения проблем. К сожалению, многие из этих ожиданий могут быть вполне адекватными. Если пациент хочет отомстить другим, заставить их сожалеть о чем-то, что они сделали (или не сделали), убежать от неразрешимых жизненных проблем или даже избавить других людей от боли, страданий или финансовых затрат, суицид может помочь ему добиться желаемого. Парасуицид также может принести нужный пациенту результат. Как я упоминала в главе 2, после самопорезов или ожогов часто приходит чувство облегчения, даже если пациент пребывает в одиночестве. Сон, вызванный передозировкой химических веществ или другими средствами, влияющими на сознание, часто оказывает весьма благотворное воздействие на настроение индивида. Парасуицид любого вида, особенно если он вызывает сильную реакцию у окружающих, может быть эффективным средством отвлечения внимания от устойчивого негативного аффекта и проблемных ситуаций. Наконец, кризисное суицидальное и парасуицидальное поведение очень часто помогает пациенту заставить других людей воспринимать его серьезно, получать помощь и внимание окружающих, убегать от нежелательных ситуаций, возобновлять или разрывать отношения, или же добиваться желаемой, но недостижимой другими методами госпитализации.

Таким образом, те ожидания пациента, которые, возможно, требуют особого внимания, не связаны с возможными краткосрочными последствиями суицидального поведения. Скорее, нужно заниматься ожиданиями пациента по поводу отрицательных долгосрочных результатов суицидального поведения, а также ожидани-

ями, связанными с альтернативными методами решения проблем, которые в конце концов могут оказаться эффективными. Связанными с суицидом ожиданиями и представлениями занимаются непосредственно только в том случае, если они способствуют кризисному парасуицидальному или суицидальному поведению либо препятствуют функциональному поведению.

Связанный с суицидом аффект

Как уже говорилось, и парасуицидальные действия, и суицидальные мысли ассоциируются с облегчением чрезвычайно негативных эмоциональных состояний для некоторых пограничных и суицидальных индивидов. Такие индивиды могут сообщать о расслаблении, спокойствии и эмоциональном "освобождении" от чувств паники, сильной тревоги, неконтролируемого гнева и невыносимого стыда, которое вызывается парасуицидом или суицидальной идеацией. Такие связи могут быть результатом инструментального научения, классического обусловливания либо непосредственного нейрохимического воздействия наносимых себе порезов или ожогов. Иногда парасуицидальные действия могут сопровождаться позитивным аффектом, включая сексуальное возбуждение. Важная задача ДПТ — изменить эмоциональную реакцию индивида как на парасуицид, так и на мысли, образы и фантазии на тему суицида и парасуицида. Подобно ожиданиям, связанный с суицидом аффект обычно требует непосредственных мер только в том случае, если функционально связан с кризисным парасуицидальным или суицидальным поведением либо если препятствует функциональному поведению.

Постскриптум: суицидальное поведение как неадаптивное решение проблем

Из всего сказанного выше очевидно, что ДПТ квалифицирует все виды суицидального поведения как неадаптивное поведение решения проблем. Я уже говорила о том, что если терапевт обычно считает суицидальное поведение проблемой, то пациент часто (но не всегда) видит в нем средство решения проблемы. Таким образом, первая терапевтическая задача — активно стремиться к разрешению этого противоречия во мнениях. Направление движения — диалектический синтез. Если достигнут (или восстановлен) хотя бы минимальный синтез, терапия ориентируется на две основополагающие цели: 1) помочь пациенту построить жизнь, которая имела бы для него ценность, и 2) заменить неадаптивные попытки решения проблем эффективным поведением. Пациенты с ПРЛ часто хотят задержать изменение своего стиля решения проблем до тех пор, пока не будут устранены или ослаблены факторы, мешающие полноценной жизни. ДПТ настаивает на противоположном: сначала мы избавимся от суицидального поведения, а потом поймем, как сделать вашу жизнь лучше. Как описано в главе 9, такая дихотомия на самом деле произвольна, поскольку стратегии решения проблем, составляющие основной арсенал терапевтических вмешательств в ДПТ, работают как на ослабление проблемного поведения, так и на изменение индивидуальных и ситуативных обстоятельств, которые это поведение обусловливают.

Ослабление препятствующего терапии поведения

Вторая цель ДПТ — ослабление таких видов поведения пациента и терапевта, которые препятствуют эффективной терапии, и, наоборот, усиление видов поведения, способствующих продолжению терапии и ее действенности. Необходимость работы над этими видами поведения очевидна. Пациенты, которые не проходят терапию, а также те, которые проходят ее только номинально, т.е. не принимают участия в соответствующей терапевтической деятельности, не получают никакой пользы. Если решение о будущей совместной работе определяется только выбором индивида и терапевта, продолжение терапевтических отношений — вопрос более сложный и зависит не только от выбора их участников. Пациентам с ПРЛ часто очень трудно адекватно выразить свое решение или свой выбор с помощью соответствующего поведения. Когнитивный контроль над явным поведением — их слабое место. Что касается терапевтов, многие внешние факторы — такие, например, как приоритеты учреждения, в котором они работают, необходимость в обучении или финансовые соображения — могут сделать продолжение терапевтических отношений невозможным, даже если терапевт осознает их необходимость. Более того, выбор пациента терапевтом определяется многими факторами, включая историю подкрепления, поведенческие способности, факторы поведенческого сдерживания, а также разнообразные переменные, присутствующие в терапевтическом окружении. Цель ДПТ — создавать необходимые условия, повышать возможности и устранять сдерживающие факторы, чтобы обеспечить продолжение терапевтических отношений.

ДПТ требует активного участия как пациента, так и терапевта. Во время индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов пациент должен сотрудничать с терапевтом для решения терапевтических задач. В промежутках между сеансами пациент должен выполнять домашние задания; кроме того, он должен придерживаться определенных соглашений относительно суицидального поведения и образа жизни. Как видим, многие виды поведения пациента могут создавать проблемы в терапии. Точно так же терапевт, который не обеспечивает эффективного лечения или своим поведением затрудняет сотрудничество с пациентом, тоже препятствует терапии. Поведение пациента, о котором я здесь говорю, вписывается в концепцию "сопротивления", применяемую в психодинамической и психоаналитической школах. Упомянутое выше поведение терапевта относится к аналитической категории "контрпереноса" (по крайней мере в тех случаях, когда этот термин несет отрицательную смысловую нагрузку). Это поведение также входит в категорию "факторов отношений" в более широком психотерапевтическом контексте.

"Мотыльки" и "привязчивые" пациенты

Парасуицидальные пациенты и пациенты с ПРЛ печально известны своей склонностью к преждевременному прекращению терапии (*Gunderson, 1984; Richmen & Charles, 1976; Weissman et al., 1973*). Однако по собственному опыту я знаю, что пациенты с ПРЛ обычно делятся на две категории: "мотыльки" и "привязчивые". Пациентам-"мотылькам" трудно систематически проходить терапию, они, образно выражаясь, порхают туда-сюда. Посещаемость у таких пациентов эпизодичес-

кая, соглашения часто нарушаются, терапия или терапевтические отношения не становятся для них приоритетными. Терапия с этой категорией пациентов редко сосредоточивается на отношениях с терапевтом, если только сам специалист не инициирует дискуссию на эту тему. Обычно пациент вовлечен в более приоритетные отношения с одним или несколькими людьми вне терапии — родителями, супругом, партнером. Телефонные звонки терапевту обычно касаются личного кризиса пациента, а не проблем с терапевтом. Большая часть межличностной энергии пациента затрачивается не на терапевтические отношения, а на альтернативные. Если альтернативные отношения надежны, пациент может пропускать психотерапевтические сеансы или бросить терапию. Обычно предыдущие терапевтические отношения у таких пациентов недолгие. Важный препятствующий терапии фактор — отсутствие эмоционального контакта с терапевтом.

На другом полюсе находится "привязчивый" пациент. У таких индивидов чуть ли не моментально устанавливаются прочные отношения с терапевтом. Пациент почти не пропускает психотерапевтических сеансов, а если не может прийти, как правило, просит (или даже требует) перенести встречу на другое время. Пациент заинтересован и может действительно нуждаться в более длительных сеансах, более частых встречах или телефонных звонках терапевту в промежутках между сеансами. С самого начала значимым акцентом терапии становятся трудности терапевтических отношений. Часто терапевт выступает основным источником поддержки для пациента, а отношения с ним — основными межличностными отношениями. "Привязчивые" пациенты редко бросают терапию. Им очень трудно перенести отсутствие терапевта, если он, например, уезжает в отпуск; с самого начала терапии они боятся ее окончания. Многие из этих пациентов имеют историю длительных терапевтических отношений, которые подкрепляют их поведение привязанности*. Важный аспект препятствующего терапии поведения у этой категории пациентов — неспособность толерантно относиться к специалистам, которые часто не могут удовлетворить их потребности.

Традиционные когнитивные и поведенческие терапевтические подходы

При изучении некоторых пособий и научных работ по когнитивной и поведенческой терапии часто складывается впечатление, что привлечь пациентов к сотрудничеству и фактическому участию в терапии настолько легко, что не требует обсуждения. Это действительно справедливо для некоторых категорий пациентов. Однако препятствующее терапии поведение привлекает к себе все больше и больше внимания. Например, П. Чемберлен с соавторами (*Chamberlain et al., 1984*) разработал шкалу для оценки поведения сопротивления пациентов. Ряд статей и книг был посвящен вопросу согласия пациентов (*Shelton & Levy, 1981; Meichenbaum & Turk, 1987*). Когнитивно-поведенческие терапевты регулярно поднимают вопрос о необходимости формирования отношений сотрудничества в терапии (*Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979*).

---

* Поведение привязанности — термин из теории привязанности Дж. Боулби; означает формы поведения, которые в первую очередь обеспечивают индивиду близость к фигуре привязанности. — *Примеч. ред.*

И наоборот, представители когнитивной и поведенческой школ уделяют мало внимания поведению терапевта (за исключением терапевтических техник), препятствующему или способствующему терапии. Позиция поведенческой школы по этому вопросу была двоякой. Во-первых, влияние межличностных факторов психотерапии на ее результат представляет собой эмпирическую проблему, которую нельзя решить без соответствующих данных; во-вторых, этот эмпирический вопрос должен решаться индивидуально для каждой пары "пациент–терапевт" (*Turkat & Brantley, 1981*). Поведение терапевта, эффективное в контексте одной пары, может оказаться совершенно неэффективным в рамках других пар. Эта двойственная перспектива — прямое следствие акцента на применении эмпирических процедур для исправления клинических проблем в когнитивной и поведенческой терапии.

Способствующее терапии поведение, чаще всего обсуждаемое в научно-исследовательской литературе поведенческой направленности, включает те качества терапевта, которые обычно ассоциируются с клиент-центрированной терапией (например, доброта, точная эмпатия и искренность), а также качества, которые акцентируются в социально-психологических исследованиях межличностного влияния (например, престиж, статус, компетентность и привлекательность терапевта). Точная роль, которую должны играть эти качества в эффективной поведенческой терапии, остается невыясненной. Некоторые бихевиористы подчеркивают недостаток адекватных эмпирических данных о значении многих характеристик терапевта, которые традиционно считались важными для результата терапии, особенно теплоты и эмпатии (*Morris & Magrath, 1983; Turkat & Brantley, 1981*). Другие бихевиористы настаивают на их важности (*Goldfried & Davison, 1976; Levis, 1980; Wilson, 1984*). Однако даже те ученые, которые прямо говорят о важности особых видов поведения терапевта, подчеркивают необходимость их индивидуального применения для каждого пациента (*Arnkoff, 1983; Wilson, 1984*). Вероятно, поведенческая перспектива лучше всего выражена у Аарона Бека и его соавторов (*Beck et al., 1979*): индивидуальный терапевт должен наблюдать, как влияют его действия на пациентов, и учитывать это в дальнейшей работе. ДПТ принимает такую точку зрения.

Препятствующее терапии поведение пациента

Сюда относятся три категории поведения. Первая категория включает любое поведение, мешающее пациенту получать предложенную терапию. Вторая категория, наблюдаемая в контексте групповой терапии и стационарного лечения, подразумевает такое поведение индивида, которое мешает другим пациентам получать пользу от проводимой терапии. Третья категория включает поведение пациента, приводящее к "выгоранию" терапевта. Сюда относится поведение, которое ослабляет готовность специалиста продолжать терапию или нарушает его личные границы.

Поведение, препятствующее получению пациентом терапии. Терапия, применяемая специалистом, но не получаемая пациентом, не будет успешной. Это примерно то же самое, что необходимость принимать назначенные препараты при медикаментозной терапии психотропными средствами. Для получения ДПТ пациент должен присутствовать на психотерапевтических сеансах, сотрудничать со специалистом и следовать терапевтическим рекомендациям.

1. *Поведение неприсутствия.* Поведение, препятствующее присутствию пациента во время терапии, снижает ее эффективность. Само собой разумеется, что при пропуске сеансов или преждевременном прекращении терапии пациент не получит от нее никакой пользы. Менее очевиден тот факт, что пациент может присутствовать на психотерапевтическом сеансе физически, но психологически отсутствовать. Будет ли такая терапия эффективной? В нашей клинике наблюдались следующие виды поведения, препятствующего присутствию пациента: преждевременное прекращение терапии; угрозы преждевременного прекращения терапии; пропуск психотерапевтических сеансов; отмена сеансов по причинам, которые не могут считаться терапевтическими; постоянное пребывание в кризисном состоянии; частая госпитализация, препятствующая посещению терапии; суицидальное поведение в условиях стационара, вследствие чего лечащий персонал не отпускает пациента на индивидуальные или групповые психотерапевтические сеансы; суицидальные действия или угрозы в присутствии лиц, обладающих полномочиями для направления пациента на принудительное психиатрическое лечение (при котором пациент обычно не имеет права покидать учреждение, в которое направлен, для посещения психотерапевтических сеансов); прием изменяющих состояние сознания веществ перед приходом на психотерапевтический сеанс (если только это не предписано специалистом); преждевременный уход с психотерапевтического сеанса; потеря сознания, приступы паники или судорожные припадки во время психотерапевтического сеанса; недостаточное количество и неудовлетворительное качество сна перед психотерапевтическими сеансами, порождающие усталость и снижающие внимание пациента. Если такое поведение имеет место в промежутках между сеансами или во время сеанса, оно регистрируется и обсуждается, затем применяются соответствующие стратегии решения проблем.
2. *Поведение несотрудничества.* Поведенческие терапевты всегда подчеркивали значение отношений содействия и сотрудничества для эффективности терапии, особенно если лечение подразумевает активное участие пациента. Поскольку непосредственная модификация окружения взрослых индивидов чрезвычайно сложна или вообще невозможна, большинство поведенческих терапевтических программ для взрослых состоят из разных вариаций тренинга самоуправления и тренинга навыков. Терапевт должен обучать взрослых пациентов модификации собственного окружения таким образом, чтобы усиливать функциональное поведение и функциональные результаты. Очевидно, что в подобной программе активное сотрудничество пациента существенно необходимо.

В тех видах терапии, где акцент делается на подкрепляющих функциях терапевта и внимание сосредоточено прежде всего на поведении пациентов во время психотерапевтических сеансов, сотрудничество пациентов как таковое может быть самостоятельной терапевтической задачей, а не условием для достижения иной терапевтической задачи. Это относится, в частности, к "функциональной аналитической психотерапии", радикальной разновидности поведенческой терапии, основанной на принципах Берреса Ф. Скиннера (разработали Роберт Коленберг и Мавис Тсай, *Kohlenberg & Tsai, 1991*). В ДПТ поведение сотрудничества рассматривается и как необходимое условие, и как задача терапии.

Поведение несотрудничества квалифицируется как разновидность препятствующего терапии поведения. В качестве примеров поведения несотрудничества можно упомянуть следующие: неспособность или отказ работать в ходе психотерапевтического сеанса, ложь, отказ говорить на психотерапевтическом сеансе, эмоциональная отчужденность во время психотерапевтического сеанса, постоянные препирательства пациента по поводу всего, что говорит терапевт, отвлечение и отклонение от приоритетных терапевтических целей во время сеанса, нежелание отвечать на все или большинство вопросов специалиста ("Не знаю", "Не помню").

3. *Поведение невыполнения.* Активное участие пациента в терапевтическом процессе непосредственно связано с положительным результатом лечения (*Greenberg, 1983*). Поведенческая терапия в целом и ДПТ в частности требуют самого непосредственного вовлечения пациента в терапевтический процесс. Во время психотерапевтических сеансов пациенту может потребоваться воображение (например, при обучении релаксации или систематической десенсибилизации*) либо практика новых видов поведения (например, ролевая игра при тренинге социальных навыков); кроме того, в промежутках между сеансами пациент должен выполнять различные домашние задания. От пациентов требуется открытость для ситуаций, которых они боятся, а также реакции, которые для пациентов трудноосуществимы. Условия такого поведения — смелость, навыки самоуправления и предварительное подкрепление поведения выполнения и попыток активного решения проблем. Неудивительно, что индивиды с ПРЛ очень часто не обладают этими характеристиками. Примеры поведения невыполнения включают: незаполнение или непредъявление пациентом дневниковых карточек; неправильное или неполное заполнение дневниковых карточек; несоблюдение соглашений с терапевтом; отказ выполнять поведенческие домашние задания или частичное их выполнение; отказ следовать терапевтическим рекомендациям специалиста (в частности, экспозиционным стратегиям); а также несогласие с терапевтическими задачами, существенными для успешности ДПТ (например, отказ работать над ослаблением суицидального поведения).

Поведение, мешающее другим пациентам получать пользу от проводимой терапии. В условиях групповой и стационарной терапии взаимодействие пациентов может быть важнейшим фактором ее успеха или неудачи. Судя по моему личному опыту, те виды поведения, которые вероятнее всего могут помешать другим пациентам получать пользу от терапии, чаще всего принимают форму открыто враждебных, критических и осуждающих замечаний в их адрес. Хотя отдельным пациентам может быть полезно научиться переносить такое отношение окружающих, эта задача кажется недостижимой для некоторых пациентов с ПРЛ, когда они постоянно ожидают нападок и критики. Пациенты с ПРЛ чрезвычайно чувствительны к любой отрицательной обратной связи, даже если это неявный негативизм. Они часто

---

* Систематическая десенсибилизация — разработанная Дж. Вольпе техника поведенческой терапии, в основе которой лежало открытие того, что если пациенту предъявлялись раздражители, вызывающие у него тревогу, то при последующих экспозициях уровень тревожности уменьшался, пока не исчезал окончательно. — *Примеч. ред.*

воспринимают вполне адекватную критику как агрессию. Неспособность пациента адекватно принять отрицательную обратную связь от других пациентов также может квалифицироваться как препятствующее терапии поведение, однако несвоевременное выражение отрицательных эмоций по отношению к окружающим или настойчивые попытки разрешить проблему отношений мешают прежде всего другим пациентам.

Поскольку одна из межличностных целей ДПТ заключается в том, чтобы помочь пациентам чувствовать себя комфортнее в ситуации конфликта, в ДПТ избегание конфликта иногда (или даже всегда) нежелательно. Хотя почти всякое создающее конфликт поведение может препятствовать успешности терапии для других пациентов, однако по личному опыту могу сказать, что только открыто враждебные нападки на других пациентов представляют серьезную угрозу для продолжения ими терапии.

Поведение пациента, приводящее к "выгоранию" терапевта. Индивиды с ПРЛ нуждаются в помощи окружения, однако зачастую они либо не могут попросить о помощи и получить ее, либо изматывают тех, кто в состоянии ее предоставить. Научение тому, как адекватно обращаться за помощью и получать ее, а также не вредить тем, кто предоставляет помощь, составляет необходимое для нормальной жизни умение. Акцент на усилении поведения, связанного с просьбой о помощи и ее получением индивидами с ПРЛ, а также интеграция этого поведения в повседневную жизнь улучшают качество жизни индивида как в контексте терапии, так и вне его. Конечно, ослабление поведения, приводящего к "выгоранию" терапевта, также необходимо для сохранения терапевтических отношений. Исследования в этой области показывают, что "выгорание" терапевта, если оно все-таки случается, способно привести к лавине терапевтических ошибок (*Cherniss, 1980; Carrol & White, 1981*). Эти ошибки могут быть непоправимыми. Поэтому целесообразнее предотвратить "выгорание", чем исправлять его последствия. То же самое относится к стратегии соблюдения границ (одной из причинно-следственных стратегий, обсуждаемых в главе 10).

На основании сказанного выше индивидуальный терапевт с самого начала разъясняет, что важная задача ДПТ — научить пациента действовать таким образом, чтобы клиницист не только мог предоставить ему необходимую помощь, но и хотел этого. Как правило, терапевт сразу же обращает внимание пациента на то, что безусловного положительного отношения или безусловной любви в принципе не существует. Даже самый преданный человек может в конце концов отказаться помогать родственнику или другу, то же относится и к терапевту. Определенное поведение пациента может привести к разрыву терапевтических отношений со стороны клинициста. Терапевтическая ориентация диалектико-поведенческого терапевта требует весьма недвусмысленного разъяснения этой закономерности, как уже упоминалось в главе 4. Задача подобного разъяснения состоит в том, чтобы с самого начала устранить ложные представления пациента об отсутствии взаимосвязи между его межличностным поведением по отношению к терапевту и получаемой от специалиста помощью. Мой опыт показывает, что большинство пациентов с ПРЛ относятся к этим разъяснениям с пониманием. Многие из них уже были отстранены от терапии хотя бы раз, поэтому они рады узнать, как предотвратить повторение этого в будущем.

Мой опыт показывает, что терапевту зачастую трудно квалифицировать поведение пациентов, приводящее к его "выгоранию", как препятствующий терапии фактор. Большинство специалистов без всяких проблем выявляют поведение неприсутствия, поведение несодействия и поведение невыполнения. Однако поведение пациентов, которое выходит за границы личных возможностей терапевта или снижает его мотивацию к дальнейшей работе с пациентом, часто не идентифицируется как препятствующее терапии. В этих случаях многие терапевты склоняются к одной из следующих точек зрения: либо соответствующее поведение пациента следует рассматривать как часть его "психопатологии", либо реакции терапевта отражают его собственную несостоятельность. Если поведение пациента рассматривается как составляющая "пограничной патологии", оно зачастую не получает должного внимания. Многие терапевты считают, что если пациента можно "излечить" от его "пограничности", это поведение автоматически будет устранено. Если же реакции терапевта считаются показателем его собственных проблем, поведение пациента часто игнорируется, потому что все внимание (обычно на консультативных встречах персонала или супервизии) сосредоточено на проблемах терапевта.

1. *Поведение пациента, нарушающее личные границы терапевта.* Возможности каждого терапевта относительно того, что он готов сделать для пациента и какое поведение пациента готов терпеть, ограничены. Таким образом, поведение пациента, которое нарушает эти личные границы специалиста, квалифицируется как препятствующее терапии. Содержание такого поведения варьируется в зависимости от времени, характеристик терапевта и характеристик пациента. В контексте индивидуальной психотерапии с определенным пациентом пределы переносимости могут меняться в зависимости от изменений в терапевтических отношениях и факторов жизненной ситуации самого терапевта. Каким видам поведения уделяется внимание на определенной стадии терапии, определяется как пределом возможностей терапевта, так и способностями пациента.
2. Наиболее значимая разновидность поведения любого пациента с ПРЛ, нарушающего личные границы терапевта, — отказ от вовлечения или неприятие терапевтических стратегий, которые терапевт считает существенно необходимыми для терапевтического прогресса и эффективной работы. Поэтому, если пациент отказывается следовать терапевтической стратегии, которую специалист считает необходимой для действенной терапии, а другие приемлемые стратегии недоступны, отказ пациента квалифицируется как поведение, нарушающее личные границы специалиста, и может стать объектом терапевтического процесса вплоть до его прекращения. Пациенту, терапевту или им обоим необходимо измениться. Другие виды поведения, относящиеся к данной категории, включают следующие действия: слишком частые звонки терапевту; личное посещение терапевта в нерабочее время или установление отношений с членами семьи терапевта; предъявляемые терапевту требования решить те проблемы пациента, которые он решить не может; требование такой продолжительности или частоты психотерапевтических сеансов, которые специалист не в состоянии обеспечить; фамильярный или интимный стиль общения с терапевтом, включая сексуально провоцирующее поведение или попытки совращения; вторжение в личное

пространство* терапевта; угроза нанесения вреда лично терапевту либо членам его семьи. Почти все виды поведения пациента могут в то или иное время нарушать границы терапевта. Хотя иногда клиницисту следует пересматривать и расширять свои личные границы, ДПТ не устанавливает каких-либо априорных границ для каждого терапевта. Таким образом, особенности поведения пациента, нарушающего личные границы терапевта, определяются каждым специалистом индивидуально в контексте конкретных отношений. Пациентам, которым согласно терапевтической программе приходится работать с несколькими терапевтами, нужно учиться принимать во внимание индивидуальные границы каждого из них.

Поведение, нарушающее личные границы терапевта, зачастую интерпретируется как неспособность пациента устанавливать для себя собственные границы. Таким образом, неспособность пациента учитывать границы терапевта рассматривается как отсутствие личных границ самого пациента. Термин "границы" иногда употребляется так, словно он соответствует вполне определенным параметрам, не зависящим от воздействия поведения пациента на терапевта. Терапевт зачастую пытается установить эти границы таким образом, словно для этого имеется одно-единственное, "правильное" место. Однако я считаю, что установление границ — исключительно социальная функция; не существует универсальных, однозначно правильных границ. Задача пациента с ПРЛ, которую он зачастую не может или не хочет выполнять, — соблюдение и уважение межличностных границ других людей. Такая неспособность может определяться различными факторами, не только отсутствием чувства собственных границ. Акцент на собственных границах пациента (а не нарушении личных границ терапевта) с точки зрения ДПТ имеет отрицательные последствия. Во-первых, внимание терапевта отвлекается от проблемного поведения пациента. Изменение такого конструкта, как граница, по меньшей мере требует от терапевта способности определить виды поведения, составляющие операциональное определение данного конструкта, — что бывает весьма редко. Во-вторых, поскольку отсутствие границ считается причиной проблемного поведения, нет побудительного мотива для проведения поведенческого анализа с целью выявления других причинных факторов. Таким образом, важные переменные, обусловливающие проблемное поведение, могут игнорироваться, что еще больше осложняет терапевтические изменения.

2. *Поведение, нарушающее правила внутреннего распорядка.* Хотя обычно мы не говорим об "индивидуальных границах" лечебных учреждений и отделений, тем не менее полезно задуматься над этим вопросом в контексте ДПТ. Примеры границ, установленных в учреждениях здравоохранения, включают: правила поведения в стационарных отделениях (например, запрещена громкая музыка), отдельные положения контрактов с пациентами дневных стационаров (например, запрещается приносить с собой оружие), правила психиатрических клиник, занимающихся амбулаторным лечением пациентов (например, ожидание терапевта в приемной). Эти границы можно считать "индивидуальными", посколь-

* Размеры личного пространства в западном обществе колеблются от 45 см до 1,2 м — расстояние вытянутой руки. — *Примеч. ред.*

ку каждое учреждение разрабатывает свои правила, которые должны устраивать разные категории людей (например, администрацию, законодательные органы и т.д.). Если говорить о моей программе, то пациентам нельзя нарушать правила внутреннего распорядка крупной клиники, которая предоставляет нам помещение. Единственное требование ДПТ состоит в том, что правила внутреннего распорядка, принятые в учреждениях здравоохранения, должны быть как можно ближе к тем границам, которые присутствуют в реальной жизни. Поэтому границы, которые требуют почтительного поведения или следования установленным правилам, либо особого рода межличностных отношений, и которые будут нормально восприниматься в контексте работы, школы или семьи, могут быть также и ятрогенными. В ДПТ поведение пациента, нарушающее границы учреждения, приравнивается к поведению, нарушающему личные границы терапевта. В обоих случаях терапевт должен разъяснить пациенту, что установленные границы отражают личность специалиста или особенности учреждения.

Как и в случае нарушения личных границ терапевта, важнейшей разновидностью границ, установленных учреждениями здравоохранения, будет требование проведения эффективной терапии. Это ограничение вплотную приближается к универсальным, поскольку распространяется на целый класс пациентов (например, пациентов с ПРЛ) и не учитывает их индивидуальных потребностей. Например, в первый год стандартной ДПТ все пациенты обязаны одновременно проходить индивидуальную психотерапию и структурированный тренинг навыков в той или иной форме. Во многих стационарных психиатрических отделениях все пациенты должны пройти определенное количество сеансов групповой психотерапии. При проведении научных исследований может проводиться обязательная периодическая диагностика пациентов. Основное правило здесь заключается в том, что устанавливать эти границы следует с чрезвычайной осторожностью, оставляя только те, которые, по единодушному убеждению терапевтического коллектива, абсолютно необходимы для функционирования данной терапевтической программы.

3. *Поведение, снижающее мотивацию терапевта.* Необходимое условие продолжения терапии — мотивация как терапевта, так и пациента. Мотивация в свою очередь зависит от истории подкрепления поведения в определенных ситуациях или контекстах. В идеале прогресс пациента служит основным фактором подкрепления для терапевта; если прогресс замедляется, на первое место могут выходить другие виды поведения пациента. Нежелание многих терапевтов работать с пограничными индивидами непосредственно связано с относительным отсутствием подкрепляющего поведения со стороны пациентов данной категории и присутствием многих других видов поведения, которые воспринимаются терапевтом как отрицательное подкрепление. Сюда входит и физическое или психологическое отсутствие пациента на терапии, и отказ сотрудничать с терапевтом, и невыполнение терапевтических рекомендаций, и поведение пациента, нарушающее границы клинициста. Другие виды поведения, с которыми мне довелось столкнуться: враждебное отношение пациента; нетерпимость и критика профессиональных качеств клинициста, особенно в ироническом или саркастическом тоне; критика личных качеств терапевта; критика ценностей,

условий работы или семьи терапевта; отсутствие благодарности или признательности терапевту; неспособность или нежелание признавать успехи терапии, если они имеют место; сравнение терапевта с другими специалистами в пользу последних. Особенно сильный стресс для терапевта создают угрозы судебного преследования, жалобы на специалиста в организации, выдающие лицензии на профессиональную психиатрическую практику, или другие формы публичного порицания терапевта. Одна пациентка нашей клиники приносила терапевту множество писем, стихов, очерков, рисунков, сувениров. Однажды терапевт взяла один из ее литературных опусов домой, чтобы прочитать его на досуге, и спрятала его так, что не могла потом найти. Позже пациентка попросила вернуть ей этот рассказ, и когда терапевт объяснила ей ситуацию, та подала на нее в суд, потребовав возместить ущерб, который оценила в несколько сот долларов. Рассказ в конце концов нашелся. Само собой разумеется, это происшествие пагубно подействовало на мотивацию терапевта.

4. *Поведение, снижающее мотивацию медперсонала среднего звена или членов терапевтического коллектива.* При групповой или семейной терапии, а также при терапии, проводимой медперсоналом среднего звена, обычно ожидается, что члены семьи или пациенты будут помогать друг другу. В определенном смысле каждый пациент или член семьи в этой ситуации может считаться терапевтом. Поведение пациента, снижающее мотивацию других индивидов — членов терапевтического коллектива или членов его семьи — к оказанию помощи и заинтересованности в его собственном благополучии, считается препятствующим терапии.

Способствующее терапии поведение пациента

Во время начальной ориентации на ДПТ, а иногда и после этого, я часто объясняю пациентам, что одна из их задач состоит в таком взаимодействии с терапевтом (со мной), которое будет способствовать моему желанию продолжать совместную работу. (У меня в свою очередь такие же обязательства перед пациентами.) Эта идея часто воспринимается пациентами как откровение. Конечно, терапевт обязан помогать пациенту независимо от поведения последнего. Если же это не представляется возможным, терапевтические отношения прекращаются. Чтобы избежать такой развязки, пациента следует обучать определенному поведению, которое повысит вероятность продолжения терапевтических отношений.

Как уже упоминалось, основной вид способствующего терапии поведения заключается лишь в продвижении к достижению соответствующих поведенческих целей. Необходимое для терапии поведение пациента индивидуально для каждого терапевта и зависит от контекста конкретной ситуации. Поведение пациентов, представляющее важность для меня и моих коллег, заключается в просьбах о помощи для избежания суицида и парасуицида (в отличие от угроз суицида или парасуицида в случае отсутствия помощи со стороны других людей); применении поведенческих рекомендаций терапевта (в отличие от заявлений о их неэффективности); нежелании мешать терапевту (например, если пациент звонит терапевту, то достаточно простого вопроса: "Можете ли вы сейчас со мной говорить?", при этом он нормально реагирует на отрицательный ответ); отсутствии обид на беседу более короткую, чем хотелось бы; соблюдении терапевтических соглашений; в своевре-

ченном предупреждении, в случае необходимости, об отмене психотерапевтического сеанса (вместо того чтобы просто не являться на сеанс); чувстве юмора или, по крайней мере, понимании чувства юмора терапевта. И самое главное, на чем мне хотелось бы заострить внимание, — способствующему терапии поведению нужно учить, нельзя просто требовать его от пациента.

Препятствующее терапии поведение терапевта

Поведением терапевта, препятствующим терапии, можно считать всякое ятрогенное поведение, а также любое поведение, причиняющее пациенту лишние страдания или затрудняющее терапевтический прогресс. Для терапевта главное — не навредить пациенту. Во-вторых, при прочих равных условиях терапевт должен применять самую щадящую форму терапии. В-третьих, терапевт должен нормально принимать критику, проявлять гибкость и открытость для корректирования и изменения паттернов реагирования, если это необходимо.

Ряд факторов может усилить препятствующее терапии поведение специалиста. Ниже приводятся переменные, которые оказывали систематическое влияние на меня и моих коллег по клинике: личные факторы, например стрессовые ситуации дома или на работе, недосыпание или болезнь; слишком большое количество обязанностей помимо обязанности заниматься с пациентом; дефицит времени для клинической работы, вследствие чего клиническая работа "мешает" другим видам деятельности (это особенно касается тех, кто занимается научной и преподавательской деятельностью); неуверенность в своих профессиональных способностях, особенно на фоне других членов терапевтического коллектива; сравнение кажущегося отсутствия прогресса своего пациента и кажущегося прогресса у пациентов других специалистов; гнев, враждебность и разочарование, направленные на пациента; позиция "обвинения жертвы", особенно если терапевт способен интерпретировать поведение пациента только как намеренную агрессию и никак иначе; чувство утраты контроля над терапевтической ситуацией или безвыходного положения, в котором виноват пациент; страх судебного преследования со стороны пациента; тревога и/или паника по поводу возможного самоубийства пациента; завышенные, нереалистические представления, которые приводят к нереалистическим ожиданиям, предъявляемым к пациенту.

Один из наиболее распространенных и самых серьезных факторов, порождающих терапевтические ошибки, — неспособность клинициста переносить сообщения пациента об испытываемых им в данный момент страданиях. Попытки немедленно облегчить эмоциональную боль часто ведут к подкреплению дисфункционального поведения, которое, в конечном счете, только усугубляет страдания, а не облегчает (это явление подробнее обсуждается в главе 4). Различные виды препятствующего терапии поведения терапевта можно разделить на две категории: 1) поведение, создающее терапевтический дисбаланс; 2) поведение, свидетельствующее об отсутствии или недостатке уважения к пациенту.

Поведение, создающее терапевтический дисбаланс. Как правило, терапевтический баланс нарушается любым последовательным поведением клинициста, сосредоточенным на одном из полюсов — например, полюсе принятия или изменения, полюсе стабильности или гибкости.

1. *Дисбаланс между изменением и принятием.* С точки зрения ДПТ, самыми проблемными считаются поведенческие паттерны, создающие и поддерживающие дисбаланс стратегий изменения и стратегий принятия. Если терапевт уделяет слишком много внимания изменению, это может привести к такой серьезной угрозе чувству "Я" пациента и его восприятию реальности, что для преодоления нанесенного ущерба могут потребоваться многие годы. Пациент, который в таком окружении станет сопротивляться, может быть обвинен в противодействии, его возражения могут просто игнорироваться. В свою очередь, если терапевт безусловно принимает пациента, но не обучает его новым, более адекватным поведенческим паттернам, он тоже не оказывает помощи последнему. При таком подходе собственное мнение пациента о том, что ему необходимо для изменений, как правило, игнорируется. Подавляющее большинство пациентов стремятся научиться полезным поведенческим навыкам, особенно в тех ситуациях, которые трудно или невозможно контролировать.
2. *Дисбаланс между гибкостью и стабильностью.* Вторая группа видов препятствующего терапии поведения определяется неспособностью специалиста найти равновесие между гибкостью в модификации терапевтических стратегий и стабильностью терапевтических усилий. Такая проблема чаще всего возникает у терапевта, который не обладает теоретической базой для направления терапии и переходит от одной стратегии к другой, пытаясь опытным путем достичь некоторых поведенческих улучшений. По большому счету, это проблема терпения. Почти всякая терапевтическая стратегия, используемая для лечения индивидов с ПРЛ, должна применяться в течение довольно длительного времени, прежде чем она даст плоды. В равной мере проблемной будет терапевтически необоснованная модификация сеансов. Например, вместо тренинга навыков терапевт устраивает разговор "по душам", если ему скучно или он "не в настроении" заниматься серьезной работой: терапевт отправляет пациента на стационарное лечение, чтобы угодить его родственникам, а не потому, что этого требует кризисное суицидальное поведение; когда терапевт слишком утомлен или у него нет времени разбираться в ситуации, он идет на поводу у пациента. Излишне говорить, что попытки убедить пациента в том, что терапевт ведет себя подобным образом ради его же блага, еще больше усугубляют проблему. Другая крайность — упорно придерживаться терапевтических стратегий, которые оказались неэффективными или причиняют пациенту чрезвычайные страдания, особенно если доступны другие терапевтические стратегии — также препятствует терапии. К сожалению, под воздействием стресса большинство людей теряют гибкость, а стресс при терапии пациентов с ПРЛ — обычное явление. Судя по моему личному опыту, при стрессе, вызванном работой с проблемными пациентами, терапевт часто начинает метаться между двумя крайностями — чрезмерной ригидностью и чрезмерной гибкостью. Сохранение равновесия между стабильностью и гибкостью зависит от терапевтической оценки и применения терапевтических вмешательств, подробнее описанных в главах 8–11.
3. *Дисбаланс между опекой и требованием изменений.* Третий тип дисбаланса — потеря равновесия между опекой над пациентом и прекращением помощи (что должно мотивировать пациента к самопомощи). В первом случае пациента счи-

тают чересчур хрупким, некомпетентным и слишком уязвимым, что мешает ему самому себе помочь. Терапевт может способствовать развитию у пациента инфантильности, принимать за него решения и предоставлять ему такую помощь, которую никогда не предложил бы другим пациентам. Например, терапевт может регулярно устраивать встречи с пациентом в ближайшем кафе, так как считает, что тому страшно приходить в клинику; "прощать" пропущенные психотерапевтические сеансы; возить пациента на собственном автомобиле, поскольку последний, по его убеждению, не способен водить машину и не приспособлен для поездок в общественном транспорте; обходить болезненные темы; позволять пациенту молчать на встрече с членами семьи и отвечать за него, потому что пациент якобы слишком запуган; распоряжаться его финансами или оплачивать счета пациента. И наоборот, иногда терапевт упорно не соглашается с тем, что пациент нуждается в большей опеке и поддержке, чем он получает, и эта позиция ведет к неминуемому провалу терапии. Порой пациент действительно преувеличивает свои потребности и свою несостоятельность, чтобы заставить терапевта относиться к нему серьезно, замыкая этим порочный круг. Проблемы, связанные с поддержанием равновесия между вмешательством и опекой над пациентом, с одной стороны, и предоставлением пациенту возможности для освоения самопомощи — с другой, подробно рассматриваются в главе 13.

4. *Дисбаланс между реципрокностью и негативной коммуникацией.* Терапевты допускают ошибки, если нарушается баланс между реципрокностью и негативной коммуникацией (см. главы 4 и 12). С одной стороны, пациенты с ПРЛ поощряют проявления уязвимости и самораскрытие терапевта. Здесь играют роль два фактора. Во-первых, пациенты с ПРЛ могут весьма убедительно апеллировать к терапевту, убеждая его в искусственном неравенстве и односторонности терапевтических отношений. Они могут возмущаться: "Почему это одна я должна рисковать и брать на себя ответственность?" Во-вторых, нередко индивиды с ПРЛ бывают весьма искусными манипуляторами; поэтому слишком часто терапевты расслабляются и становятся чересчур уязвимыми во время терапии. Случается, что терапевты привыкают делиться с пациентами своими личными проблемами независимо от того, имеют они отношение к терапии или нет. Крайнее проявление — сексуальные связи с пациентками. С другой стороны, терапевты могут устанавливать слишком жесткую границу между собой и пациентами. Иные виды терапии оправдывают такие отношения, ссылаясь на "проблемы границ" и "терапевтические рамки". Диалектико-поведенческие терапевты могут прибегнуть к стратегиям негативной коммуникации с пациентом. Однако стратегии негативной коммуникации, терапевтические рамки и проблемы границ могут стать прикрытием для жестоких насмешек над пациентом, враждебной критики; неоправданных нападок на убеждения, эмоциональные реакции, решения и поведение пациента; средством жесткого эмоционального и физического отстранения от пациентов.

Поведение, демонстрирующее неуважение к пациенту. Поведение терапевта, выражающее отсутствие уважения к пациенту, иногда передает отношение специалиста вполне адекватно. Иногда, наоборот, такое поведение имеет непреднамеренный характер и вызывается скорее невнимательностью или небрежностью, чем плохим мнением о пациенте. Типичные примеры неуважительного отношения к пациен-

ту приводятся в табл. 5.1, список был составлен Мэриан Миллер (*Miller, 1990*) на основе нескольких источников. Многие из примеров, представленных в таблице, свидетельствует о "выгорании" терапевта — либо общем, либо в рамках отношений с определенным пациентом. Хотя отдельный случай поведения, выражающего неуважение к пациенту, вряд может нанести существенный ущерб терапии, накопление подобного поведения со временем может стать серьезным препятствием для эффективной работы специалиста. Однако реакция терапевта на замечания пациента о его неуважительном поведении гораздо важнее, чем избегание такого поведения. Восстановление нарушенных отношений может стать самым ощутимым терапевтическим опытом для пациента. Конечно же, задача восстановления отношений не представляет собой ничего нового для пациента, однако в данной ситуации это может иметь чрезвычайно сильный положительный эффект.

Таблица 5.1. Примеры поведения терапевта, выражающего неуважение к пациенту

1. Пропускает встречи или забывает о назначенном приеме.
2. Отменяет психотерапевтические сеансы, не перенося их на другое время.
3. Произвольно меняет установленные порядки (например, изменяет правила телефонных контактов, плату за терапию, время сеансов).
4. Не реагирует на переданные сообщения, не перезванивает или перезванивает слишком поздно.
5. Теряет документы, карточки или записи.
6. Не читает записки или документы, полученные от пациента.
7. Опаздывает на встречи.
8. Одевается или выглядит непрофессионально*.
9. Неопрятен, неряшлив.
10. Не поддерживает порядок в своем кабинете.
11. Курит во время психотерапевтического сеанса.
12. Принимает пищу во время психотерапевтического сеанса или жует жевательную резинку.
13. Оставляет открытой дверь во время психотерапевтического сеанса.
14. Допускает помехи во время психотерапевтического сеанса — например, телефонные звонки.
15. На психотерапевтических сеансах или во время телефонного консультирования пациента невнимателен или занимается посторонними делами.
16. Забывает важную информацию (имя, историю жизни пациента, другую значимую информацию).
17. Повторяется, часто забывает сказанное.
18. Выглядит заметно уставшим.
19. Дремлет во время психотерапевтического сеанса.
20. Отводит глаза.
21. Говорит о других пациентах.
22. Говорит о желании заняться чем-то другим вместо беседы с пациентом.
23. При общении с пациентом смотрит на часы.
24. Заканчивает психотерапевтический сеанс слишком рано.
25. Общается с пациентом в покровительственной или сексистской манере.
26. Обращается с пациентом как с низшим существом.

Примечание. Приведено из: *Developing a Scale to Measure Individual's Stress-Proneness to Behaviors of Human Service Professionals* by M. Miller, 1990, unpublished manuscript, University of Washington. Перепечатано с разрешения автора.

* Как правило, терапевт должен быть одет сдержаннее и консервативнее, чем его пациент. Следуя этому правилу, терапевт выполняет роль пустого экрана, на который пациент проецирует свои чувства и конфликты. — *Примеч. ред.*

Ослабление поведения, ухудшающего качество жизни

Как я уже упоминала в главе 4, а также в настоящей главе, ДПТ предполагает, что у индивидов с ПРЛ есть все основания чувствовать себя несчастными и прибегать к суициду. Решение, с моей точки зрения, состоит в том, что пациент должен изменить качество своей жизни. Примеры поведения, которое ухудшает качество жизни, приведены в табл. 5.2. Список далеко не полон, у каждого нового пациента могут проявиться другие виды подобного поведения. Чтобы войти в эту категорию, поведение пациента должно быть действительно проблемным — настолько серьезным, что при его сохранении оно обязательно помешает всякой возможности улучшения жизни. Хороший способ установления серьезности проблемы — применить диагностические критерии *DSM-IV* (в частности, оси I и V), а также определить влияние данного поведенческого паттерна на способность пациента к дальнейшему терапевтическому прогрессу. Поведенческие паттерны, которые не настолько серьезны, чтобы соответствовать диагностическим критериям, вызывать ощутимое ухудшение состояния пациента или препятствовать дальнейшему проведению терапии, не относятся к рассматриваемой категории. Менее серьезным и опасным поведенческим паттернам уделяется внимание на второй и третьей стадиях ДПТ.

Таблица 5.2. Поведение, ухудшающее качество жизни пациента

1. Злоупотребление алкоголем или наркотиками (например, употребление больших доз спиртного, незаконных наркотиков или медикаментозных препаратов, отпускаемых по рецепту врача).
2. Опасные половые связи или секс с высокой степенью риска (например, беспорядочные связи, секс без предохранения, сексуальное насилие или совращение, половые связи с неподходящими лицами).
3. Серьезные финансовые затруднения (например, крупная задолженность по квартплате, нехватка средств на текущие нужды, неоправданное расточительство или азартные игры, неспособность добиться социального пособия).
4. Криминальное поведение, которое может привести к лишению свободы (например, магазинные кражи, поджоги).
5. Серьезное дисфункциональное поведение в сфере межличностного общения (например, установление или поддержание отношений с партнером, склонным к физическому, сексуальному или моральному насилию; излишне близкие контакты со склонными к насилию родственниками; преждевременный разрыв отношений; плохое обращение, отпугивающее людей; парализующая робость или страх социального неодобрения со стороны других людей).
6. Дисфункциональное поведение в сфере образования или профессиональной занятости (например, преждевременное оставление учебы или увольнение с работы; неспособность найти работу; страх и нежелание обучения в школе или профессиональном учреждении; трудности, связанные с выполнением обязанностей по работе или учебе, неправильный выбор профессии; чрезмерная неуспеваемость в учебе или профессиональное несоответствие).
7. Дисфункциональное поведение, связанное с болезнью и медицинским обслуживанием (например, неспособность обратиться и получить медицинскую помощь, отказ от приема необходимых лекарств, прием чрезмерных доз медикаментов, боязнь врачей, отказ от лечения).
8. Дисфункциональное поведение, связанное с жилищными проблемами (например, жизнь в приютах для бездомных, в автомобилях, в перенаселенных помещениях; жизнь со склонными к насилию или психологически несовместимыми людьми; неспособность найти нормальное жилье; дисфункциональное поведение, которое может привести к выселению или лишению жилья).
9. Дисфункциональное поведение, связанное с психиатрическим обслуживанием (например, психиатрическая госпитализация, обман фармакотерапевта, отказ или неспособность найти необходимое дополнительное лечение).
10. Дисфункциональное поведение, связанное с психическими расстройствами (например, поведенческие паттерны, соответствующие диагностическим критериям тяжелых или истощающих психических расстройств оси I или оси II).

Обычно терапевт и пациент вместе выясняют, какие виды поведения последнего соответствуют критериям проблемного. Нередко само признание того, что определенный поведенческий паттерн создает проблемы, становится первым шагом на пути к изменению. В таких случаях терапевт должен сделать все возможное, чтобы сохранять акцент на поведении, которое действительно функционально связано с качеством жизни определенного пациента. Личное мнение и субъективные суждения могут мешать этому (что также относится к препятствующему терапии поведению специалиста).

Консультативные встречи терапевтического коллектива и работа с супервизором станут незаменимой поддержкой для терапевта и помогут ему разобраться в собственных ценностях, понять различия между своими ценностями и ценностями пациента, выяснить влияние своих ценностей на установление терапевтических приоритетов. Это особенно важно в том случае, если терапевт и пациент принадлежат к разным типам культурной среды. Возможность терапевта работать в контексте ценностей пациента зависит от личных возможностей и границ терапевта. Например, мне довелось работать с пациенткой, которая поджигала ящики для писем. Она не считала это поведение приоритетной проблемой. Когда после первого года терапии мы обсуждали перспективы ее продолжения, я сказала, что не смогу с ней работать, если прекращение этого поведения не станет одной из терапевтических задач. Я не могла смириться с мыслью, что мою пациентку могут арестовать и что адресаты могут не дождаться важных писем.

Одно из базовых допущений ДПТ состоит в том, что упорядоченный образ жизни функционально взаимосвязан с терапевтическим прогрессом во всех целевых сферах. В одной из ранних версий ДПТ я требовала, чтобы пациенты планировали такую деятельность, которая заставляла бы их покидать дом и находиться в другом месте минимум несколько раз в неделю, а лучше каждый день. Это могла быть профессиональная деятельность, общественные обязанности, учеба и прочее. Мое требование объяснялось тем, что мне и моим коллегам было трудно (если вообще возможно) изменить зависящее от настроения поведение пациентов, если они все время оставались дома. Как правило, если пациент изо дня в день сидел дома, это приводило к усилению депрессивного аффекта, страха, симптомов агорафобии, поведенческой пассивности и суицидального поведения. В более поздних версиях терапии я заменила данное требование рекомендацией; это было связано с политикой ДПТ относительно прекращения терапии. Такая политика обычно состоит в том, чтобы не допустить одностороннего прекращения терапии, если это возможно. Угроза прекращения терапии — не только самое мощное, но и самое нежелательное оружие в арсенале специалиста, и мы обнаружили, что эта мера применялась слишком часто, когда структурированная деятельность вне дома была *обязательной*. Современная политика ДПТ — делать дисфункциональное поведение максимально дискомфортным для пациента в терапевтическом контексте. Условия, которые могут привести к прекращению ДПТ, также будут обсуждаться в главе 10.

Совершенствование поведенческих навыков

Тренинг навыков в ДПТ предназначен для восполнения дефицита поведенческих навыков, характерного для индивидов с симптомами ПРЛ. Как уже говорилось в главе 1, девять диагностических критериев *DSM-IV* можно разделить на пять логи-

ческих категорий: дисфункция "Я" (неадекватное чувство "Я", ощущение пустоты); поведенческая дисрегуляция (импульсивное, самодеструктивное или суицидальное поведение); эмоциональная дисрегуляция (эмоциональная лабильность, гнев); межличностная дисрегуляция (хаотические отношения, страх оставления); когнитивная дисрегуляция (деперсонализация, диссоциация, бредовые расстройства). Поведенческие навыки, которым обучают при проведении ДПТ, направлены именно на эти проблемные сферы. Связь между тренингом навыков и широкими категориями диагностических критериев ПРЛ представлена в табл. 5.3. Навыки эмоциональной регуляции, навыки межличностной эффективности, навыки перенесения дистресса и "основные" навыки психической вовлеченности изучаются в структурированном формате. Навыкам самоуправления, необходимым для овладения всеми другими навыками, обучают по мере необходимости на протяжении всей терапии.

Таблица 5.3. Задачи тренинга навыков в ДПТ

Общие задачи	
Осваивать и совершенствовать навыки по изменению поведенческих паттернов, эмоций и мышления, связанные с жизненными проблемами, которые становятся источником страданий и дистресса	
Частные задачи	
Виды поведения, подлежащего ослаблению	Виды поведения, подлежащего усилению
Межличностная дисрегуляция	Навыки межличностного общения
Эмоциональная дисрегуляция	Навыки эмоциональной регуляции
Поведенческая и когнитивная дисрегуляция	Навыки перенесения дистресса
Дисрегуляция "Я"	"Основные" навыки психической вовлеченности: наблюдение, описание, участие, некритическое отношение, сосредоточение внимания на чем-то одном в данный момент времени, эффективность

"Основные" навыки психической вовлеченности

Навыки психической вовлеченности имеют ключевое значение для ДПТ, из-за важности их называют "основными". Этим навыкам обучают в первую очередь, они стоят на первом месте в дневниковых карточках, которые пациенты заполняют каждую неделю. Навыки психической вовлеченности представляют собой психологические и поведенческие версии навыков медитации, которым обучают в восточных духовных практиках. Больше всего я заимствовала из практики дзэн, однако эти навыки вполне совместимы с большинством других западных и восточник практик медитации. Сюда относятся три навыка "что" (наблюдение, описание, участие) и три навыка "как" (некритическое отношение, сосредоточение на чем-то одном в данный момент времени, эффективность). Эти навыки подробно описываются в "Руководстве по тренингу навыков...", краткое описание приводится ниже.

Базовые "что". Сюда относится обучение наблюдению, описанию и участию. Задача — разработать стиль жизни на основе осознанного участия (в противоположность неосознанному участию, характерному для импульсивного и зависящего от настроения поведения). Как правило, активное наблюдение и описание собственных поведенческих реакций необходимо только в ходе научения новому поведению при наличии определенных трудностей или необходимости изменений. Приведу сравнение: начинающий пианист уделяет много внимания положению

рук и пальцев, может вслух отсчитывать ритм музыки, называть ноты. По мере формирования навыков необходимость в таких действиях отпадает. Однако если при обучении закрепляются определенные ошибки, пианист возвращается к наблюдению и описанию до тех пор, пока не овладеет правильной техникой.

Первый навык из категории "что" — наблюдение, т.е. внимание к событиям, эмоциям и другим поведенческим реакциям, даже если эти реакции неприятны. Пациент просто учится осознанно переживать все, что происходит в данный момент, вместо того чтобы убегать от ситуации или пытаться устранить эмоции (поведение, которое подлежит ослаблению). Как правило, способность уделять внимание событиям требует соответствующей способности посмотреть на событие со стороны; наблюдение события отличается и отделено от самого события. (Например, наблюдение за ходьбой и ходьба — совершенно разные вещи.) Этот акцент на "переживании момента" вытекает как из восточных философских практик, так и западных идей неподкрепленной экспозиции как метода борьбы с автоматическим избеганием и реакциями страха.

Второй навык из категории "что" состоит в словесном описании событий и личных реакций. Способность находить соответствующие словесные обозначения для поведенческих и средовых событий необходима как для успешного общения, так и для самоконтроля. Для формирования этого навыка индивид должен научиться не воспринимать свои эмоции и мысли буквально, т.е. как буквальное отражение средовых событий. Например, чувство испута не обязательно говорит о присутствии реальной угрозы для жизни или благополучия индивида. Однако индивиды с ПРЛ часто принимают свои эмоциональные реакции за переживание обусловливающих событий. Пациент путает физические проявления эмоций (например, "Я чувствую спазмы мышц живота, у меня перехватывает дыхание") с восприятием среды ("Начинается экзаменационная сессия"), что порождает неадекватные выводы и мысли ("Я провалюсь на экзамене"). Мысли также воспринимаются буквально, т.е. индивид принимает свои мысли ("Мне кажется, что меня никто не любит") за реальные факты ("Меня никто не любит"). Одна из главных целей когнитивной терапии — проверить корреляцию мыслей и соответствующих средовых событий. Индивиду, который не способен отделить свои мысли от реальных событий, будет трудно в любой терапевтической системе. Интересно, что почти все терапевтические подходы подчеркивают, что очень важно помогать пациентам наблюдать за событиями и описывать их. Методика свободных ассоциаций в психоанализе, ведение дневника в поведенческой терапии, запись мыслей, предположений и убеждений в когнитивной терапии, рефлективное реагирование в клиент-центрированной терапии представляют собой примеры наблюдения и описания поведенческих реакций и текущих событий в жизни пациентов.

Третий базовый навык данной группы заключается в способности участия без осознания происходящего. "Участие" в этом смысле подразумевает полное погружение в деятельность текущего момента без отделения себя от происходящих событий и взаимодействий. Качество деятельности характеризуется спонтанностью, взаимодействие между индивидом и окружением протекает плавно и основано (частично, но ни в коем случае не полностью) на привычке. Конечно, участие может быть и без вовлечения. Каждый из нас иногда настолько погружался в собственные мысли, что не замечал, как проделал определенные действия — доб-

рался домой, съел обед и т.п. Однако участие может быть и вовлеченным. Хороший пример вовлеченного участия — опытный спортсмен, который действует ловко и умело, но без осознания своих действий. Психическая вовлеченность — участие с вниманием, психическая невовлеченность — участие без внимания.

Базовые "как". Три следующих навыка психической вовлеченности имеют отношение к тому, как происходит наблюдение, описание и участие; они включают некритическое отношение, сосредоточение на чем-то одном в данный момент времени и эффективность (делать то, что полезно). Некритическое отношение означает, что индивид не трактует что-либо ни как хорошее, ни как плохое. Это не означает замену отрицательного суждения положительным. Хотя индивиды с ПРЛ склонны судить как о себе, так и о других людях либо крайне положительно (идеализировать себя и других), либо резко отрицательно (обесценивать реальные достоинства), задача состоит не в том, чтобы добиться более сбалансированных суждений, а чтобы вообще не судить. Это очень важный момент. Человек, который считается "хорошим", в любой момент может стать "плохим" для пациента с критическим отношением. В ДПТ, наоборот, акцент делается на последствиях поведения и событий. Например, поведение индивида может привести к болезненным последствиям (для самого индивида или других людей), или же исход событий может быть губительным для индивида. Принимая некритическую позицию, индивид наблюдает за этими последствиями, может принять решение об изменении вызвавших их событий или поведения, но не обязательно трактует эти события или поведение как "плохие". Все такое, как оно есть, не больше и не меньше. Говорят, что когда Альберта Эллиса* спросили, как бы рационально-эмотивный терапевт, находящийся на борту самолета, отнесся к угрозе крушения, он ответил: "Если человек умирает, он умирает".

Психическая вовлеченность в целом связана с качеством осознания выполняемой деятельности. *Следующая задача "как"* — научиться фокусировать сознание на той деятельности, которая происходит в данный момент, а не распределять внимание между разными видами деятельности или деятельностью и отвлеченными мыслями о посторонних делах. Достижение такого сосредоточения требует контроля внимания, который отсутствует у большинства пациентов с ПРЛ. Пациентов часто отвлекают воспоминания и образы прошлого, они беспокоятся о будущем, их посещают навязчивые мысли о неприятностях, плохом настроении в данный момент. Вместо того чтобы сосредоточить все свое внимание на проблемах настоящего (пример вовлеченного беспокойства) и, в какой-то мере, решении текущих проблем, они зачастую беспокоятся, но при этом делают что-то другое. Эта же проблема стоит за теми проблемами

---

* Эллис, Альберт (род. в 1913) — американский психолог, создатель рационально-эмотивной терапии, предвосхитившей когнитивно-поведенческий подход. Рационально-эмотивная терапия подчеркивает роль нереалистичных ожиданий и иррациональных убеждений в человеческих несчастьях. Согласно Эллису, источником страданий выступают главным образом когниции, а не события. В рамках рационально-эмотивной терапии разработана теория личности *ABC*, согласно которой, если неблагоприятное событие (напр., семейная ссора) сопровождалось чрезмерной тревогой или другими нежелательными эмоциональными последствиями, то исследование покажет, что последствие *C* было вызвано не первоначальным событием *A*, а, скорее, каким-либо иррациональным убеждением *B* о сути или значении этой ссоры. — *Примеч. ред.*

присутствия (физического и психологического) на тренинге навыков ДПТ, которые демонстрируют пациенты с ПРЛ. Пациента нужно обучать тому, как сосредоточиваться на выполнении одной задачи или осуществлении одного вида деятельности в определенный момент времени, и участвовать в этом осознанно и с вниманием.

Третья задача "как", эффективность, направлена на снижение тенденции пациентов заботиться о том, что "правильно", и не делать того, что действительно необходимо или уместно в определенной ситуации. Эффективность — это состояние, прямо противоположное тому, когда пациент "назло кондуктору берет билет и идет пешком". Как часто говорят наши пациенты, эффективность — это "играть по правилам" или "делать то, что срабатывает". С точки зрения восточной медитации, акцент на эффективности означает "использование полезных средств". Очевидно, что неспособность пациентов отказаться от "правильного" в пользу необходимого для достижения цели связана с опытом пребывания в инвалидирующем окружении. Основная проблема для многих пациентов — могут ли они доверять своему восприятию, своим суждениям и решениям, т.е. могут ли их собственные действия быть адекватными или "правильными". Однако доведенный до крайности акцент на преобладании принципа над результатом может привести к тому, что пациенты с ПРЛ часто разочаровываются или отталкивают от себя других людей. И все-таки каждый человек может настолько устать от бесплодных усилий, что будет готов сдаться. Пациентам с ПРЛ подчас гораздо проще отказаться от "правильности" в пользу эффективности, только если это будет рассматриваться как полезная реакция, а не собственная "капитуляция".

Навыки перенесения дистресса

В ДПТ много внимания уделяется тому, чтобы научить пациентов переносить эмоциональную боль. Способность принимать и выносить страдания — важный аспект психического здоровья, достижение которого становится приоритетной терапевтической задачей. Это объясняется двумя причинами. Во-первых, боль и страдания составляют неотъемлемую часть нашей жизни; их нельзя полностью устранить или избежать. Неспособность принять этот неоспоримый факт только усугубляет боль и страдания. Во-вторых, перенесение дистресса, по крайней мере в течение непродолжительного периода времени, выступает необходимым условием для самоизменения; в противном случае импульсивные действия индивида будут мешать попыткам добиться желаемых изменений.

Навыки перенесения дистресса представляют собой естественное продолжение навыков психической вовлеченности. Они связаны со способностью индивида принимать без осуждения как себя, так и ту ситуацию, в которой он находится в данный момент времени. В сущности, перенесение дистресса представляет собой способность воспринимать окружение, не требуя от него изменений; переносить свое эмоциональное состояние в данный момент времени, не пытаясь сделать его другим; и наблюдать за собственными мыслями и поведенческими паттернами, не останавливая и не контролируя их. Хотя мы говорим о некритическом отношении, это не подразумевает одобрения. Очень важно донести эту мысль до пациента: принятие действительности не означает ее одобрения. Или, как мог бы перефразировать эту идею когнитивный терапевт, "то, что это не катастрофа, совсем не означает, что это чертовски приятно".

Способность переносить дистресс связана с выживанием в кризисных ситуациях и принятием жизни такой, какая она в данный момент. Пациентов обучают четырем стратегиям кризисного выживания: отвлечение (за счет вовлечения в определенную деятельность; сравнения себя с другими людьми, которые находятся в более тяжелом положении; противопоставления эмоций; отстранения от болезненных ситуаций; мыслей о другом; интенсивных иных ощущений), самоутешение (посредством всех пяти чувств: зрения, слуха, обоняния, вкуса и осязания), улучшение ситуации (придумывание образов, нахождение смысла, молитва, релаксация, сосредоточение на чем-то одном в определенный момент времени, отпуск и смена обстановки, поощрение себя), а также взвешивание всех "за" и "против" сложившейся ситуации. Навыки принятия включают радикальное принятие (т.е. *полное* принятие на глубинном уровне), обращение сознания к принятию (т.е. решение принять действительность такой, как она есть) и готовность вместо своеволия. Идея о "готовности" принадлежит Джеральду Мэю, он объясняет ее суть следующим образом.

> Готовность подразумевает отказ от отделения "Я" и вхождение, погружение непосредственно в глубинные процессы жизни. Это осознание индивидом того, что он уже выступает частью некоего грандиозного вселенского процесса, и это приверженность индивида своей роли в этом процессе. И наоборот, своеволие — это отделение "Я" от основополагающей сущности жизни в попытке владеть, управлять, контролировать или каким-либо другим образом манипулировать существованием. Проще говоря, готовность — это когда человек говорит "да" таинству своего бытия в каждое мгновение жизни. Своеволие — это "нет" или, что, возможно, происходит чаще, "да, но..." (*May, 1982, p. 6*).

Хотя пациенты с ПРЛ, так же как и их терапевты, с готовностью соглашаются с важностью навыков кризисного выживания, акцент ДПТ на принятии и готовности часто считается заведомо ошибочным. Это мнение основано на ошибочном отождествлении принятия и готовности с одобрением. Но Дж. Мэй говорит совсем о другом; он указывает, что готовность требует противостояния деструктивным силам, но, добавляет позже, почти неизбежно подобное противостояние превращается в своеволие.

> Однако готовность и своеволие не приложимы к конкретным объектам или ситуациям. Они отражают внутреннее отношение человека к чуду жизни как таковой. Готовность замечает это чудо и словно склоняется перед ним в почтительном поклоне. Своеволие забывает о нем, пренебрегает им или, что самое худшее, активно пытается его разрушить. Таким образом, готовность иногда представляется очень активной и настойчивой, даже агрессивной. А своеволие может маскироваться под пассивность. Хороший тому пример — политическая революция (*ibid.*).

Навыки эмоциональной регуляции

Для индивидов с ПРЛ характерен интенсивный и лабильный аффект. Как уже упоминалось в главе 1, многие исследования говорят о гневе, сильной неудовлетворенности, депрессии и тревоге как типичных характеристиках пограничных и парасуицидальных индивидов. Как говорилось в главе 2, ДПТ постулирует определяющую роль трудностей регулирования болезненных эмоций в поведенческих

проблемах индивидов с ПРЛ. С точки зрения пациента, болезненные чувства зачастую выступают именно той проблемой, которую нужно решить в первую очередь. Суицидальное и другие виды дисфункционального поведения, включая злоупотребление алкоголем и наркоманию, часто применяются как поведенческие средства устранения невыносимо болезненных эмоций.

Подобная интенсивность и лабильность аффекта говорят о том, что пациентам с ПРЛ полезно научиться регулировать уровень своего аффекта. По своему личному опыту могу сказать, что индивиды с ПРЛ пытаются регулировать аффект, приказывая себе не чувствовать того, что чувствуют, не больше и не меньше. Эта тенденция — непосредственный результат пребывания в инвалидирующем окружении, которое требует от людей улыбаться даже тогда, когда они несчастливы; быть учтивыми и не доставлять неудобств окружающим, когда они разгневаны; и чувствовать себя свободными от чувства вины, когда оно их гложет.

Навыки эмоциональной регуляции могут быть чрезвычайно трудными для освоения, поскольку индивиды с ПРЛ часто страдают от "передозировки" убеждений в том, что если бы они просто "изменили свое отношение", их чувства тоже изменились бы. В некотором смысле многие индивиды с ПРЛ пребывали в окружении, в котором все остальные демонстрировали почти идеальный когнитивный контроль своих эмоций. Более того, окружающие проявляли нетерпимость и выраженное неодобрение по отношению к неспособности пациента демонстрировать такой же контроль над своим аффектом. Зачастую пациенты с ПРЛ сопротивляются любой попытке контролировать их эмоции; контроль извне означает, что другие люди правы, а они сами не правы — прежде всего в том, как чувствуют и воспринимают действительность. Поэтому обучение эмоциональной регуляции может происходить только в контексте принятия собственных чувств.

Подобно перенесению дистресса, эмоциональная регуляция требует применения навыков психической вовлеченности — в данном случае неосуждающего наблюдения и описания своих нынешних эмоциональных реакций. Идея здесь в том, что эмоциональный дистресс индивида — в значительной степени результат вторичных реакций (например, сильного стыда, тревоги или ярости) на первичные эмоции. Очень часто первичные эмоции вполне адаптивны и адекватны ситуации. Ослабление вторичного дистресса требует освобождения первичных эмоций в неосуждающей атмосфере. В этом контексте вовлеченность по отношению к собственным эмоциональным реакциям может считаться экспозиционной техникой. ДПТ предлагает ряд конкретных навыков эмоциональной регуляции, которые описаны ниже.

Выявление и определение аффекта. Первый шаг в эмоциональной регуляции — обучение выявлению и определению тех чувств, которые имеют место в данный момент времени. Однако эмоции представляют собой сложные поведенческие реакции. Их выявление часто подразумевает способность не только наблюдать за собственными реакциями, но и адекватно описывать их контекст. Поэтому обучение выявлению эмоциональных реакций значительно облегчается, если индивид может наблюдать и описывать: 1) событие, вызывающее эмоцию; 2) интерпретацию события, вызывающего эмоцию; 3) феноменологический опыт эмоции, включая физические ощущения; 4) экспрессивное поведение, связанное с эмоцией; 5) последствия эмоции для собственного функционирования.

Выявление препятствий для изменения эмоций. Эмоциональное поведение функционально для индивида. Изменение эмоционального поведения может быть трудным, если оно сопровождалось подкрепляющими последствиями; поэтому выявление функций определенных видов эмоционального поведения и подкрепляющих его факторов может быть чрезвычайно полезным. Обычные функции эмоций — передача информации другим людям (коммуникативная функция) и мотивация поведения самого индивида (мотивационная функция). Эмоциональное поведение может выполнять и другие важные функции. Первая из них, связанная с коммуникативной функцией, состоит в том, чтобы оказывать влияние и контролировать поведение окружающих; вторая заключается в принятии собственных чувств и интерпретации происходящих событий. Хотя последняя функция не вполне логична (например, если один человек ненавидит другого, это вовсе не означает, что другой человек действительно заслуживает такого отношения), однако может быть важной для пациентов с ПРЛ. Выявление функций эмоций, особенно отрицательных, — важный шаг к изменению.

Снижение уязвимости "эмоционального разума". Любой человек становится более склонным к эмоциональной реактивности, если находится в состоянии физического или средового стресса. Соответственно, пациентам помогают разработать сбалансированное питание и правильный режим приема пищи; добиться нормального режима сна (достаточная продолжительность, но не избыток), включая лечение бессонницы, если необходимо; подобрать нормальную физическую нагрузку; вылечить соматические заболевания; прекратить прием не предписанных медикаментов, влияющих на настроение; и повысить контроль за счет вовлечения в деятельность, способствующую развитию чувства самоэффективности и компетентности. Акцент на контроле весьма близок планированию деятельности при когнитивной терапии депрессии (*Beck et al., 1979*). Хотя эти цели кажутся довольно прямолинейными, процесс их достижения может быть чрезвычайно утомительным как для пациентов, так и для терапевтов. Что касается бессонницы, многие наши пациенты ведут с ней нескончаемую войну, в которой фармакотерапия часто бывает бессильна. Бедность пациента может препятствовать как сбалансированному питанию, так и получению необходимой медицинской помощи. Достижение каждой из этих целей требует активной позиции пациента и настойчивости, которая позволит добиться накопления положительного эффекта. Значительные трудности могут возникать из-за характерного пассивного отношения многих пациентов с ПРЛ к решению проблем.

Увеличение количества эмоционально позитивных событий. Как уже упоминалось, ДПТ предполагает, что у большинства людей, включая индивидов с ПРЛ, есть основания для того, чтобы страдать и чувствовать себя несчастными. Хотя, как правило, ощущения индивида при сильном аффекте искажаются, это не означает, что эмоции как таковые представляют собой результат искаженного восприятия. Поэтому важный способ контроля эмоций состоит в контроле над событиями, которые дали толчок соответствующим эмоциям. Один из подходов к усилению положительных эмоций — повышение количества позитивных событий в жизни. Если речь идет о коротком промежутке времени, это означает обогащение каждодневного положительного опыта. В долгосрочном плане это означает такие изменения, которые будут способствовать более частым позитивным событиям. Кроме повышения ко-

личества позитивных событий, полезно также работать над повышением психической вовлеченности в позитивные события и невовлеченности по отношению к возможному завершению этих событий.

Усиление вовлеченности в текущие эмоции. Вовлеченность в текущие эмоции означает переживание нынешнего эмоционального состояния без критичного отношения к нему, без попыток его сдерживания, блокирования или отвлечения. Основная идея состоит в том, что проявление болезненных эмоций, без ассоциаций с их отрицательными последствиями, устранит способность этих эмоций к стимуляции вторичных отрицательных эмоций. Обычные последствия критичного отношения к отрицательным эмоциям и их определения как "плохих" — чувство вины, гнев или тревога при переживании подобных эмоций. Добавление этих чувств к уже существующей негативной ситуации еще больше усугубляет страдания и затрудняет их переносимость. Очень часто пациенту удалось бы успешно пережить неприятную ситуацию или болезненный аффект, если бы он мог избежать чувства вины или тревоги за свои болезненные эмоции.

Противоположные действия. Как уже упоминалось в главе 2, поведенческие реакции составляют важную часть эмоций в целом. Поэтому одной из стратегий изменения или регулирования эмоций может быть изменение поведенческо-экспрессивной составляющей через такие действия, которые не соответствуют данной эмоции или прямо противоположны ей. Терапевт должен сосредоточиться на внешних действиях пациента (например, пациент делает что-то хорошее для человека, на которого гневается, или идет навстречу тому, чего боится), а также других поведенческо-экспрессивных средствах — жестах, мимике. Однако терапевт должен донести до пациента, что задача заключается совсем не в том, чтобы блокировать выражение эмоции; она скорее состоит в том, чтобы выражать другие эмоции. Например, есть очень большая разница между напряжением лицевых мышц для того, чтобы воспрепятствовать выражению гнева, и расслабленными мышцами лица, выражающими положительное отношение к окружающим. Эта техника подробнее описывается в главе 11.

Применение техник перенесения дистресса. Перенесение отрицательных эмоций без импульсивных действий, которые еще больше усугубляют негативную ситуацию, служит одним из способов модуляции интенсивности и продолжительности таких эмоций. В этом могут помочь некоторые или все техники перенесения дистресса.

Навыки эффективных межличностных отношений

Отдельные поведенческие паттерны, необходимые для достижения социальной эффективности, почти полностью определяются поставленными задачами в рамках ситуационного контекста. Первый раздел модуля межличностных навыков посвящен именно этой проблеме. Как уже говорилось в связи с синдромом воспринимаемой компетентности (глава 3), индивиды с ПРЛ очень часто обладают обширным репертуаром разговорных навыков. Однако социальная эффективность требует двух дополнительных поведенческо-экспрессивных навыков: 1) навыков автоматического реагирования на привычные ситуации; 2) навыков нестандартных или комбинированных реакций, если этого требует ситуация.

Паттерны межличностных реакций, которым обучают пациентов в рамках ДПТ, очень похожи на те, которым учат на тренинге уверенного поведения и тренинге межличностных отношений. Они включают эффективные стратегии обращения за необходимой помощью, отказа и совладания с конфликтами межличностных отношений. "Эффективность" в данном случае означает достижение необходимых изменений, сохранение отношений, а также сохранение самоуважения. Хотя навыки, включенные в эту программу, довольно специфичны (за более подробным описанием обращайтесь к "Руководству по тренингу навыков..."), я думаю, что любая комплексная программа тренинга межличностных отношений могла бы заменить пакет ДПТ.

Опять-таки, пограничные и суицидальные индивиды часто обладают вполне хорошими навыками межличностных отношений (в самом общем смысле). Проблемы возникают при попытке применения этих навыков к тем ситуациям, с которыми сталкивается индивид. Индивид может описать эффективные поведенческие паттерны при моделировании проблемной ситуации, в которую попадает другое лицо, но оказаться совершенно неспособным предложить или применить подобные паттерны, анализируя собственное положение. Обычно проблема заключается в том, что и убеждения, и неконтролируемые аффективные реакции сдерживают применение социальных навыков.

Поведенческая ошибка, которую часто допускают индивиды с ПРЛ, заключается в преждевременном прекращении отношений. Это, вероятнее всего, объясняется трудностями во всех упомянутых целевых сферах. Низкая переносимость дистресса снижает устойчивость к страхам, тревогам или разочарованиям, которые характерны для конфликтных ситуаций. Проблемы с регулированием аффекта приводят к неспособности ослабления хронического гнева или неудовлетворенности; неадекватные навыки саморегуляции и решения проблем межличностных отношений затрудняют превращение потенциально конфликтных отношений в позитивные. Индивиды с ПРЛ часто колеблются между избеганием конфликта и безапелляционной конфронтацией. К сожалению, выбор избегания либо конфронтации зависит от аффективного состояния пациента, а не требований конкретной ситуации. В ДПТ терапевт помогает пациенту избавиться от негативных ожиданий относительно окружения, отношений с окружающими и себя. Терапевт содействует пациенту в обучении применению конкретных социальных навыков, навыков решения проблем межличностных отношений и навыков уверенного поведения для изменения окружения, осуществляющего отрицательное подкрепление, и развития эффективных отношений.

Навыки самоуправления

Навыки самоуправления необходимы для того, чтобы обучаться новым видам поведения, поддерживать их и генерализировать на новые ситуации, а также сдерживать или устранять нежелательные виды поведения и поведенческие изменения. Навыки самоуправления включают такие поведенческие категории, как самоконтроль и целенаправленное поведение. В самом широком смысле термин "самоуправление" относится к любым попыткам контроля, управления или любого другого изменения собственного поведения, мыслей или эмоциональных реакций на события. С этой точки зрения, такие навыки ДПТ, как психическая вовлеченность, перенесение дистресса, регулирование аффекта и решение проблем межлич-

ностных отношений могут считаться специфическими разновидностями навыков самоуправления. Однако в данном контексте термин "самоуправление" означает набор поведенческих умений, которые требуются индивиду для дальнейшего приобретения навыков. Способность пациента с ПРЛ приобретать навыки, которым уделяется внимание в ДПТ, затрудняется в такой же мере, в какой пациент испытывает дефицит навыков самоуправления. Навыки самоуправления, формированию которых следует уделять внимание, описаны ниже.

Знание принципов изменения и поддержания поведения. Индивиды с ПРЛ зачастую испытывают серьезный дефицит знаний об основополагающих принципах изменения и поддержания поведения. Представление пациента о том, что люди меняют сложные поведенческие паттерны героическим усилием воли, подготавливает почву для закрепления цикла неудач и самообвинения. Неспособность выполнения поставленной задачи становится для пациента еще одним доказательством того, что неудачи вызваны его собственными недостатками (ленью, недостаточной мотивацией, трусостью). Терапевт должен разрушить это неправильное представление пациента о принципах изменений. Чтобы доказать, что сама по себе сила воли не приводит к успеху, а позволяет не сдаваться при неудачах (без которых обучение невозможно), терапевт может проводить аналогии с обучением таким повседневным навыкам, как езда на велосипеде, письмо, чтение и т.д.

Индивидам с ПРЛ нужно усвоить принципы подкрепления (как положительного, так и отрицательного), формирования, устранения поведения, принципы отношений между окружением и поведением, и т.д. Таким образом, принципы научения и поведенческого контроля, а также знание того, как индивидуально применять эти принципы, составляют важные цели при обучении навыкам самоуправления. Обучение этому часто включает значительные изменения в структуре убеждений индивида, особенно если эти убеждения влияют на его поведение.

Постановка реалистичных задач. Пациентам с ПРЛ необходимо также научиться формулировать положительные задачи вместо отрицательных, реалистично оценивать как первые, так и вторые, и анализировать свою жизнь с целью пересмотра ценностей. Как правило, пациенты с ПРЛ склонны к перфекционизму и признают только идеальный результат. Задачи поведенческих изменений, которые они ставят, нередко слишком масштабны и явно превышают их возможности. В этом случае полезно научить пациента "думать о мелочах" и "собирать маленькие плюсы".

Навыки средового/поведенческого анализа. Терапевту необходимо обучать пациента таким навыкам, как отслеживание собственного поведения и контроль окружения, установка и оценка исходного уровня функционирования, а также оценка эмпирических данных для определения связей между предпосылками, последствиями и собственными реакциями. Эти навыки близки к навыкам проверки гипотезы, применяемым в когнитивной терапии (*Beck et al., 1979*).

Навыки управления в стрессовых ситуациях. Индивидам с ПРЛ зачастую чрезвычайно трудно составить и реализовать план кризисного управления. Мой клинический опыт показывает, что большинство пациентов испытывают огромные трудности с понятием самовознаграждения. Обычно проблема заключается в том, что паци-

енты мыслят категориями "достоин вознаграждения или наказания" и "не достоин вознаграждения и наказания". Поскольку понятия достойности и недостойности основаны на критическом отношении и осуждении, работу по формированию навыков управления в стрессовых ситуациях необходимо совмещать с обучением навыкам психической вовлеченности. Пациенты часто высказывают мнение, что самонаказание — единственный эффективный способ изменения собственного неадекватного поведения. Терапевт должен подчеркнуть многочисленные отрицательные последствия такой стратегии (например: "Если вы все-таки не выдержите и нарушите диету, какие дополнительные проблемы возникнут оттого, что в наказание вы станете морить себя голодом?") и попытаться обобщить стрессовые ситуации, возникающие при управлении своим поведением. Мой опыт показывает, что терапевт должен разбираться в принципах научения и одновременно уметь убедить пациента в проблемных последствиях неправильного поведения в стрессовых ситуациях.

Техники контроля окружения. Представление инвалидирующего окружения о том, что индивид способен преодолеть любые препятствия, основано на посылке о возможности функционирования индивида независимо от среды. Принимая во внимание эти представления, становится понятно, почему пациенты с ПРЛ не могут успешно использовать окружение как средство контроля собственного поведения. Однако, как я уже упоминала в главе 3, индивиды с ПРЛ, как правило, более отзывчивы на ситуативно возникающие средовые ориентиры, чем другие люди. Поэтому способность эффективного управления собственным окружением может быть особенно важной для пациентов с ПРЛ. Таким техникам, как сужение стимула (т.е. сокращение количества отвлекающих событий в непосредственном окружении) и избегание стимула (т.е. избегание событий, вызывающих проблемное поведение), нужно уделять особое внимание, чтобы противодействовать представлениям пациента о самодостаточности "силы воли".

Планы предотвращения рецидива. Подобно алкоголикам, которых очень хорошо описывает Алан Марлатт (*Marlatt & Gordon, 1985*), индивиды с ПРЛ часто воспринимают любой рецидив или малейшую неудачу как свидетельство того, что они безнадежные неудачники и им не стоит даже прилагать усилий. Например, они составляют план самоуправления, а затем ожидают от себя его идеального выполнения, что нереально. В этом случае терапевтическая цель заключается в изменении установок. Очень важно научиться составлять реалистичный план — в том числе учитывать возможность рецидива, а также разрабатывать стратегии некритичного принятия рецидива и смягчения его отрицательных последствий.

Принятие умеренного прогресса. Поскольку индивиды с ПРЛ плохо переносят отрицательные эмоции, им трудно выполнять план действий по изменению поведения, который требует ожидания долгосрочных результатов. Наоборот, они часто страдают синдромом "срочных мер", который подразумевает установление неоправданно коротких сроков для достижения довольно сложных изменений. Другими словами, успех должен быть моментальным, иначе это будет провалом плана. И снова нужно подчеркнуть, что терапевт должен делать акцент на постепенном характере поведенческих изменений и необходимости переносить временный негативный аффект.

Другие программы тренинга поведенческих навыков

Может возникнуть вопрос: так ли уж необходимо придерживаться тренинга поведенческих навыков в формате ДПТ, или можно использовать другие программы? У терапевта либо пациента может быть доступ к другим программам, или же другие программы могут казаться более привычными. Навыки психической вовлеченности можно осваивать с помощью программ медитации, основанных на схожих принципах, либо учиться у гуру, дающего уроки медитации. Имеется множество самоучителей и курсов по обучению навыкам межличностного общения и межличностной эффективности, в том числе тренинг уверенного поведения. Некоторые программы специально рассчитаны на оказание помощи индивидам в эмоциональной регуляции — чаще всего это когнитивные и когнитивно-поведенческие программы терапии депрессии, тревоги или паники и контроля гнева. Таких программ с каждым днем все больше. Перенесение дистресса — единственное, по всей видимости, направление тренинга навыков, которое разработано только в ДПТ.

Существует априорная причина того, почему одна программа тренинга навыков не может заменяться другой. Помимо практичности, здесь необходимо принимать во внимание ряд других соображений. Во-первых, вы должны досконально владеть теми навыками, которым обучается каждый пациент. Ваша задача — помочь пациенту освоить эти навыки и применять их, зачастую в стрессогенных ситуациях. Вы не сможете обучить другого человека тому, чем сами не владеете. В моей клинической программе терапевты часто изучают навыки ДПТ с помощью "Руководства по тренингу навыков..." и сами выполняют предлагаемые домашние задания. Это программа "обучения в освоении", при которой пациент и терапевт часто осваивают навыки вместе (по крайней мере в первый раз). Хотя рассматриваемые навыки в ДПТ организованы в несколько своеобразной манере и описаны с помощью несколько необычной терминологии, по сути своей они представляют собой самые общие навыки, с которыми знакомы большинство людей.

Во-вторых, если для тренинга навыков вы посылаете пациента к другому специалисту или в другую клинику, вам обязательно нужно будет применять такую же терминологию, которая используется в данной программе, в противном случае пациент будет дезориентирован. Вам потребуется доступ к материалам, используемым другим специалистом. В-третьих, вам нужно будет удостовериться, что те навыки, которым вы обучаете, соответствуют ПРЛ и специфическим проблемам каждого пациента. В-четвертых, важно скоординировать навыки, которым пациенты обучаются в каждом модуле, и разработать метод отслеживания их использования в разное время, особенно когда вы не проводите активного тренинга по комплексу специфических навыков. В определенном смысле моя рекомендация состоит в том, что если вы не используете "Руководство по тренингу навыков...", вы должны либо составить собственное, либо видоизменить мое таким образом, чтобы оно отвечало вашим целям.

Ослабление поведения, связанного с посттравматическим стрессом

Если пациент с ПРЛ пережил серьезные или неразрешенные травматические события, ослабление связанных с ними паттернов реагирования становится приоритетной целью ДПТ. Как уже упоминалось в главе 2, большинство пациентов

ДПТ в детстве по меньшей мере один раз стали жертвами сексуального насилия. Определенный процент этих пациентов, а также другие пациенты, не пострадавшие от сексуального насилия, сообщают о перенесенных в детском возрасте физических и эмоциональных травмах и заброшенности, которые могут отличаться особой интенсивностью, устойчивостью, глубиной или хроническим характером. Однако терапевту следует быть очень осторожным, чтобы не приписывать историю сексуального либо физического насилия или травматизирующей детской заброшенности всем пациентам с ПРЛ, поскольку не все они имели подобный опыт. Но это не значит, что последние не перенесли никакой травмы вообще. Некоторые из них пережили потерю значимого человека — вследствие смерти, развода или переезда; другие имели травматический опыт подобной потери; третьи стали жертвами антисоциального поведения родителей-алкоголиков, неожиданного или постоянного травматизирующего отвержения или хаотических обстоятельств жизни. Как минимум, если предложенная в главе 2 биосоциальная теория правильна, все пациенты с ПРЛ имели обширный опыт пребывания в инвалидирующем окружении. Работа, проводящаяся в этих сферах, подобна работе по "раскрытию" или акценту на детских предвестниках дисфункционального поведения в психодинамической терапии. Разница в том, что не делается никаких априорных допущений о функциональной взаимосвязи определенного события (событий) или фазы развития жизни с травматическим стрессом в настоящем.

Информацию о фактах предыдущих сексуальных, физических, эмоциональных травм или физической либо эмоциональной заброшенности следует получать по мере необходимости на протяжении всей терапии. Некоторые пациенты предоставляют эту информацию сразу и с готовностью, другие — постепенно, по прошествии некоторого времени. Терапевт должен изучать всю документацию по предыдущей терапии пациента, чтобы установить факты насилия, если оно имело место. Однако иногда история насилия или некоторые ее аспекты остаются нераскрытыми во время предыдущей терапии. Из-за травматических ассоциаций, вызываемых даже терапевтической экспозицией раздражителей, ассоциирующихся с перенесенным насилием, выяснение событий и деталей ранних травм откладывается до тех пор, пока в достаточной мере не будет ослаблено суицидальное, препятствующее терапии и ухудшающее качество жизни поведение и пока не будут сформированы необходимые поведенческие навыки. Этот вопрос подробнее обсуждается в следующей главе.

Характерные последствия раннего опыта сексуального насилия, которые приводятся в табл. 5.4, были описаны Дж. Брайером (*Briere, 1989*). Некоторые из них в ДПТ рассматриваются как поведенческие проблемы, которым уделяется непосредственное внимание при лечении индивида; другие пересекаются с симптомами посттравматического стрессового расстройства. Как уже упоминалось, некоторые авторы говорят о необходимости пересмотра концепции ПРЛ как посттравматического стресса, связанного с насилием в детском возрасте. Хотя ДПТ не разделяет этой позиции, многие из поведенческих проблем пациентов с ПРЛ имеют непосредственное отношение к раннему опыту сексуального или физического насилия.

Таблица 5.4. Характерные последствия раннего травматического опыта сексуального насилия

1. Навязчивые воспоминания о сексуальном насилии в форме зрительных образов и ночных кошмаров.
2. Связанные с насилием диссоциация, дереализация*, деперсонализация**, внетелесный опыт, когнитивное отключение или измененное состояние сознания.
3. Общие симптомы посттравматического стресса — нарушения сна, трудности с концентрацией внимания, нарушения памяти, вызывание воспоминаний о сексуальном насилии и соответствующих эмоций современными событиями и взаимодействием с другими людьми.
4. Чувство вины, стыд, отрицательная самооценка и непринятие собственных чувств, вызванные сексуальным насилием.
5. Беспомощность и безнадежность.
6. Недоверие к другим людям.
7. Приступы тревоги, фобии. сверхбдительность и соматизация***.
8. Сексуальные проблемы.
9. Длительная депрессия.
10. Нарушение межличностных связей, в том числе идеализация и разочарование, излишне драматизированный поведенческий стиль, компульсивная сексуальность, враждебность и манипулятивность.
11. Проблемы внешнего и внутреннего характера, в том числе парасуицидальные действия и злоупотребление алкоголем или наркотиками.
12. Отчуждение.
13. Ориентация на других людей.
14. Хроническое ощущение опасности.
15. Ненависть к себе.
16. Негативная исключительность – ощущение своей силы, почти магической.
17. Затрудненная проверка реальности.
18. Повышенная способность к избеганию. отрицанию**** и вытеснению*****.

Примечание. Перепечатано из: *Therapy for Adults Molested as Children* by J. Briere, 1989, New York: Springer. © 1989 by *Springer Publishing Company*. Перепечатано с разрешения.

* Дереализация (от лат. de — нарушение. realis — вещественный) — психопатологическое состояние, характеризуюшееся тягостным переживанием утраты реальности окружающего мира. Часто сочетается с деперсонализацией (деперсонализационно-дереализационный синдром). — *Примеч. ред.*

** Деперсонализация (от лат. de – нарушение, persona — особа, личность) — нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств. Выраженность деперсонализации колеблется от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей, представлений, воспоминаний и др., переживаемых больным как привнесенные извне. — *Примеч. ред.*

*** Соматизация (от лат. soma — тело) — возникновение соматических заболеваний вследствие интрапсихических, психологических конфликтов. — *Примеч. ред.*

**** Отрицание — механизм психологической защиты личности, действие, посредством которого субъект выражает одно из своих ранее вытесненных желаний, мыслей, чувств, продолжая искать от него защиты и отрицая, что это его собственное желание, мысль, чувство. — *Примеч. ред.*

***** Вытеснение — механизм психологической защиты личности, действие, посредством которого субъект старается устранить или удержать в бессознательном представления, связанные с влечениями (мысли, образы, воспоминания). Возникает в тех случаях, когда удовлетворение влечения само по себе приятно, но может стать неприятным при учете других требований. — *Примеч. ред.*

Принятие факта травмы или насилия

Принятие и примирение с фактами травм — одновременно начальная и конечная цель при терапии последствий травматического опыта. Индивиды, перенесшие тяжелые психические травмы, часто забывают о произошедшем. Поэтому первая цель — добиться от пациента такой вербализации травматического опыта, которая даст достаточно информации для начала терапевтической работы. Если пациент вспоминает одно или несколько событий (или фрагментов событий), его следующая задача — поверить, что воскрешенное в памяти событие (или некоторое его подобие) действительно имело место. Эта часть терапии может быть чрезвычайно трудной, поскольку жертвы травматического опыта часто считают травматические события вымышленными.

Трудности объясняются также тем, что у человека нет непосредственного ретроспективного доступа к событиям прошлого. Поэтому важная задача пациента (а иногда также и терапевта) заключается в том, чтобы научиться верить себе даже в том случае, если действительные факты жизни установить невозможно. Задача многих пациентов — синтезировать как *знание* о том, что нечто произошло, так и *незнание* того, что именно случилось. Комфортное перенесение неопределенности и неуверенности, о котором мы говорили в начале главы, становится одной из составляющих этой задачи. По мере того, как история пациента раскрывается, жизненно важной и одновременно чрезвычайно трудной становится задача переживания горя и радикального принятия действительности своей жизни. Именно в таком контексте должна проходить практика радикального принятия, которая выступает основным навыком психической вовлеченности. Неспособность к переживанию горя, о чем подробнее говорится в главе 3, становится одним из главных препятствий для успешного прохождения этой стадии. Джудит Герман (*Herman, 1992*) назвала эту стадию терапии фазой воспоминания и оплакивания и дала весьма красноречивое описание как трудностей этой стадии, так и мужества, которое требуется от пациента.

Ослабление стигматизации, непринятие собственных чувств и самообвинение

Вторая задача — ослабить стигматизацию, непринятие собственных чувств и самообвинение, которые возникают в результате травмы. Жертвы насилия обычно считают, что нечто предосудительное отличает их от других людей, иначе бы они не стали таковыми. Жертвы зачастую верят, что сами стали причиной случившегося; или полагают, что, поскольку не остановили насильника или даже получали удовольствие (в случае сексуального насилия), они либо "плохие", либо "ненормальные", либо и то и другое одновременно. Даже в том случае, если жертвы травматического опыта не чувствуют себя в ответе за случившееся, они часто считают, что несут ответственность за свои реакции на травму, и стыдятся этих реакций. Иногда жертвы склонны минимизировать степень тяжести своих травм.

Ослабление отрицания и навязчивых стрессовых реакций

Если индивид пережил тяжелую травму, реакции происходят в два этапа, которые зачастую приобретают циклический характер: фаза отрицания и фаза навязчивости. Реакции, составляющие две эти фазы, были описаны М. Горовицем (*Horowitz,*

1986); они приводятся в табл. 5.5. Даже если факт травмы был принят, индивид может продолжать отказываться от выражения связанных с нею переживаний, а также демонстрировать другие реакции отрицания. При индивидуальных или групповых сеансах, когда применяется терапевтическая экспозиция ассоциирующихся с травмой раздражителей, пациент может замолчать и замкнуться. Фаза отрицания очень напоминает такой пограничный синдром, как сдерживаемое переживание горя (описан в главе 3).

Таблица 5.5. Фаза отрицания и фаза навязчивости при стрессовых реакциях

Фаза отрицания

Восприятие и внимание

Удивление.

Избирательная невнимательность.

Неспособность оценить значимость событий.

Нарушения сна (бессонница или сонливость).

Осознание мылей и чувств, относящихся к травматическому событию

Амнезия (частичная или полная).

Невосприятие тем, ассоциирующихся с последствиями травматического события.

Концептуальные характеристики

Отрицание смысла раздражителей, каким-то образом ассоциирующихся с травматическим событием.

Утрата реалистического чувства адекватного контакта с окружающим миром.

Сужение диапазона мыслей.

Негибкость целей.

Интенсивное фантазирование для противостояния реальности.

Эмоциональные характеристики

Эмоциональная невосприимчивость.

Соматические характеристики

Напряжение и подавление как реакции автономной нервной системы; сопровождаются такими ощущениями, как боли в желудке или кишечнике, расстройство желудка, усталость, головная боль и мышечные боли.

Двигательные паттерны

Сверхактивность.

Отчуждение.

Неспособность определиться, как реагировать на последствия травматического события.

Восприятие и внимание

Сверхбдительность, реакции испуга.

Нарушения сна.

Фаза навязчивости

Осознание мыслей и чувств, относящихся к травматическому событию

Навязчивые и повторяющиеся мысли, эмоции и поведение (иллюзии, псевдогаллюцинации, ночные кошмары, навязчивые образы и руминация*).

Ощущения напряженности, смятения или замешательства при обдумывании тем, ассоциирующихся с травматическим событием.

Концептуальные характеристики

Сверхгенерализация раздражителей, которые кажутся имеющими отношение к травматическому событию.

* Руминация (от лат. *ruminatio* — переживание, повторение) — возвращение уже пережеванной пищи из пищевода и желудка в рот и повторное ее проглатывание. Здесь употребляется в значении "пережевывание произошедшего". — *Примеч. ред.*

Таблица 5.5 (окончание)

Эмоциональные характеристики
Эмоциональные "приступы" аффекта, связанного с травматическим событием.
Соматические характеристики
Ощущения или симптомы приближения реакций "борьбы или бегства" (или истощения от хронического возбуждения), включая тремор, диарею, потливость (адренергическое, норадренергическое или гистаминовое возбуждение, сопровождаемое такими ощущениями, как сердцебиение, тошнота, "комок в горле", слабость в ногах).
Двигательные паттерны
Компульсивные повторения действий, ассоциирующихся с травматическим событием, или поиск утраченных лиц или ситуаций.

Примечание. Перепечатано из "Stress-Response Syndrome: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders" by M. J. Horovitz, 1986, *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 241–249. © 1986 by American Psychiatric Association. Перепечатано с разрешения.

Фаза навязчивости подобна явлению, описанному в главе 3 как синдром эмоциональной уязвимости. Во время фазы навязчивости множество различных раздражителей, изначально не связанных с травмой, могут образовать ассоциативные связи с травматическими раздражителями и реакциями. Со временем (если эта фаза продолжается достаточно долго) эти реакции и связи, как правило, исчезают. Однако если эта фаза быстро сменяется фазой отрицания, реакции и связи не исчезают, и цикл, в котором одна фаза сменяет другую, может продолжаться долгие годы. Именно это и происходит с пограничными индивидами.

Синтез "дихотомии насилия"

"Дихотомия насилия" — термин, предложенный Дж. Брайером (*Briere, 1989*), чтобы обозначить тенденцию жертв насилия в детском возрасте к радикальному, "черно-белому" осмыслению своего травматического опыта. Либо в случившемся полностью виноваты насильники (насильники "плохие"), либо вина лежит только на самих жертвах (сами жертвы "плохие"). Часто мнение о том, кто же все-таки "плохой", меняется каждую секунду. Это проявление недиалектического мышления, или "расщепления", если использовать терминологию психоанализа. В таком случае на первый план выступает задача снятия диалектического напряжения. Однако терапевт должен быть очень внимательным и ни в коем случае не склонять пациента к мысли о том, что единственно возможным в данной ситуации синтезом будет полное прощение насильника. Хотя существенно необходимо принятие факта насилия, а также важно понимание поведения насильника как последствия определенных событий, прощение не всегда возможно. Вдобавок терапевт должен соблюдать такую же осторожность, чтобы не представлять субъекта насилия исключительно в черных тонах, особенно если он был родственником (родителем) жертвы или опекуном ребенка. Для большинства индивидов очень важно хотя бы в некоторой степени сохранить положительные отношения с родителями и другими ближайшими родственниками. Создание условий для ненависти к своим родителям, которые были субъектами насилия, ведет к отрицанию значимых положительных аспектов отношений, в результате пациент переживает опыт утраты. Многие жертвы насилия не могут перенести эту дополнительную травму. Наоборот, зада-

чей должно быть достижение синтеза, при котором пациент не должен жертвовать собственной целостностью, чтобы сохранить отношения с субъектом насилия.

Повышение самоуважения

"Самоуважение" охватывает способность ценить, верить, принимать себя, доверять себе и воодушевлять себя, включая собственные мысли, эмоции и поведенческие паттерны. Это вовсе не значит, что нужно считать любые эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции каждого человека адаптивными и полезными. Наоборот, способность объективно оценивать собственное поведение — важная характеристика адаптивного функционирования и результат возросшего самоуважения, а способность доверять собственной самооценке необходима для личностного роста. Однако индивид с ПРЛ обычно не способен оценивать собственные реакции или придерживаться самооценки независимо от мнений значимых членов окружения, включая терапевта. Пациент с ПРЛ не доверяет своим возможностям самооценки. Поэтому его дезориентируют изменения во мнениях и присутствие или отсутствие значимых членов окружения — т.е. такие мнения и события, которые он обычно не может контролировать. Эти трудности во многом вызваны чрезмерным страхом социального неодобрения. Индивиды с ПРЛ часто ведут себя так, словно их благополучие целиком зависит от одобрения значимых для них людей. Поэтому одна из задач терапевта — повысить адекватную самооценку и способность переносить социальное неодобрение, а также устранить те виды поведения, которые этому препятствуют.

Реакция многих пациентов с ПРЛ на самих себя проявляется как крайне отрицательное отношение к себе, граничащее с ненавистью. Почти все пациенты испытывают сильный стыд вообще и стыд за пережитые травматические события, вызванные ими проблемы и свою эмоциональную реактивность в частности. Самовоодушевление — противоположность этим реакциям. Поэтому терапевт должен заняться ненавистью к себе, самообвинением и чувством стыда. Хотя эта работа продолжается всю жизнь, необходимо достижение существенного прогресса до окончания терапии.

Специалист должен приложить особые старания к тому, чтобы подкрепить самоуважение пациента, не зависящее от терапевта. Другими словами, терапевту необходимо помочь пациенту восстановить и постоянно подкреплять принятие собственных чувств, заботу о себе, самоутешение и решение проблем независимо от терапевта. Однако такая позиция, спешу добавить, не означает, что пациентам следует учиться независимости от всех людей. Межличностная зависимость, обращение за помощью и ее принятие, утешение и активное содействие со стороны окружающих необходимы для благополучия большинства людей. Способность быть связанным с другими людьми и зависеть от них без непринятия собственных чувств — важная цель ДПТ.

Вторичные поведенческие цели

Некоторые паттерны реагирования могут быть функционально связаны с первичными целевыми проблемами пациентов с ПРЛ. Эти паттерны соответствуют вто-

личным целям ДПТ. Однако важность какой-либо вторичной цели для того или иного пациента в ДПТ целиком зависит от ее значения для достижения первичных целей. Существенно важно, чтобы в конкретной ситуации наличие каждого вторичного паттерна и его функционального значения для первичных целей устанавливалось и оценивалось, а не предполагалось. Если изменение определенного вторичного паттерна несущественно для достижения первичных задач, внимание ему не уделяется. Поэтому перечень вторичных целей — это гипотеза, которая подлежит проверке.

Перечень вторичных целей, предложенных в ДПТ, основан на полюсах диалектических дилемм, описанных в главе 3. Эти цели выглядят следующим образом: 1) повышение эмоциональной модуляции и снижение эмоциональной реактивности; 2) рост принятия собственных чувств и снижение непринятия; 3) повышение реалистичности принимаемых решений и суждений и ослабление вызывающего кризис поведения; 4) повышение способности переживания эмоций и ослабление сдерживаемого переживания горя; 5) усиление поведения активного решения проблем и ослабление поведения активной пассивности; 6) усиление поведения точного выражения эмоций и способностей и снижение зависимости поведения от эмоционального состояния.

Повышение эмоциональной модуляции и снижение эмоциональной реактивности

Первая вторичная цель — повышение эмоциональной модуляции и снижение чрезмерной эмоциональной реактивности индивида с ПРЛ. Поведенческие навыки, наиболее эффективные в этом плане, — психическая вовлеченность (особенно отказ от осуждения по отношению к событиям, вызывающим эмоциональные реакции), перенесение дистресса, включая принятие и готовность, а также практики эмоциональной регуляции, применяемые для снижения уязвимости.

Повышение модуляции и снижение реактивности следует отличать от эмоциональной нереактивности. Задача состоит вовсе не в том, чтобы полностью избавиться от эмоций; наоборот, ДПТ предполагает, что бывшие пограничные индивиды останутся такими же эмоциональными и яркими людьми. Дело также вовсе не в иррациональности реакций индивида. Акцент ставится на чрезмерности его реакций. Задача в том, чтобы модулировать крайнюю ярость в разумный гнев, парализующую панику — в благоразумный страх, отнимающую силы скорбь — в задумчивую грусть, навязчивый унизительный стыд — в преходящее чувство вины. Другими словами, ДПТ не предполагает, что избыточные эмоции основаны на иррациональных представлениях о рациональном мире, скорее, они рассматриваются как выход за пределы нормы.

Рост принятия собственных чувств и снижение непринятия

Принятие собственных чувств и самоутешение — специфические навыки, включенные в пакет навыков перенесения дистресса. Поскольку пациенты выбирают стратегии перенесения дистресса, две упомянутые стратегии часто игнорируются. Тем не менее, непринятие собственных чувств и ненависть к себе часто связаны

с суицидальным поведением, неудачами самоуправления и повышением эмоциональной уязвимости. Если все это имеет место, индивидуальному терапевту следует непосредственно заняться этими видами проблемного поведения. Рост принятия собственных чувств и снижение ненависти к себе — важные составляющие самоуважения, поэтому именно на них обращена терапия на более поздних стадиях.

Повышение реалистичности принимаемых решений и суждений, ослабление вызывающего кризис поведения

ДПТ не считает, что индивиды с ПРЛ способствуют возникновению всех кризисных ситуаций, в которые они попадают. Но ДПТ также не утверждает обратного — что пациенты не имеют к кризисам никакого отношения. Две характеристики индивидов с ПРЛ, наиболее тесно связанные с кризисом, — это зависимость от настроения и возникающий в результате этого поведенческий выбор, определяющийся настроением, а также трудности реалистичного прогнозирования последствий различных поведенческих решений, т.е. нереалистичные суждения. В определенной степени зависимость от настроения приводит к еще более нереалистичным суждениям, поскольку пациент зачастую не может предвидеть, как изменятся его реакции при изменении настроения, и, естественно, не может прогнозировать собственное поведение. Инвалидирующее окружение учит индивида зависеть от других людей в плане решения поведенческих проблем, а не формировать индивидуальные навыки разрешения проблем и принятия решений. Хаотическая семья вряд ли моделирует и обучает принятию реалистичных решений. Пациент, выросший в такой семье, должен научиться реалистично предсказывать последствия поведенческих решений как в краткосрочном, так и в долгосрочном плане. Многие навыки самоуправления, необходимые для ДПТ, связаны с проблемой реалистичных суждений индивида о себе.

Повышение способности к переживанию эмоций и ослабление сдерживаемого переживания горя

Способность переживать эмоции, особенно отрицательные, чрезвычайно важна для их ослабления. Причины этого подробно обсуждались в главе 3, мы не будем к ним возвращаться. Достаточно сказать, что повышение способности к переживанию отрицательных эмоций, а не их подавлению, представляет собой важную терапевтическую цель. В крайних случаях, когда пациенты почти полностью неспособны переживать негативный аффект дольше, чем несколько мгновений, эта цель может приобретать статус первичной.

Усиление активного решения проблем и снижение активно-пассивного поведения

Пациенты с ПРЛ склонны реагировать на проблемы пассивно — тенденция, которая не только препятствует достижению некоторых жизненных целей, но и может вызывать глубокую неудовлетворенность терапевта. Как уже говорилось в главе 3, пограничная “активная пассивность” может рассматриваться как результат биологически опосредованного стиля пассивной саморегуляции в сочетании с выучен-

ной беспомощностью. Важная цель ДПТ — разрушить этот стиль и повысить возможности активного решения проблем. Все поведенческие стили ДПТ зависят от активного поведения решения проблем и одновременно способствуют ему.

Попытки повысить мотивацию и способность пациентов с ПРЛ к разработке методов решения проблемных ситуаций, их практическому испытанию и оценке их эффективности могут стать переломным моментом для терапии. Конечно, эта проблема вполне напоминает те проблемы, с которыми пациент сталкивается вне терапии. Ошибка, которую допускают многие терапевты, — попытка "вырастить апельсины на яблоне": они зачастую пытаются превратить человека, который предпочитает пассивный стиль саморегуляции, в человека, использующего активный стиль саморегуляции. Я подозреваю, что такой подход в большинстве случаев обречен на неудачу. ДПТ стремится к тому, чтобы помочь пациентам, предпочитающим пассивный стиль, сделать саморегуляцию эффективной, не меняя стиля. Идея здесь следующая: индивид, предпочитающий пассивный стиль саморегуляции (т.е. позволяющий другим людям или событиям регулировать его поведение), может научиться контролировать собственное поведение, умело контролируя факторы окружения. Подписание контрактов, установление крайних сроков, составление списков и расписаний, нахождение в обществе других людей — все это примеры пассивной саморегуляции.

Усиление адекватного выражения эмоций и снижение зависимости поведения от эмоционального состояния

Индивиды с ПРЛ часто неправильно сообщают о своем эмоциональном состоянии в данный момент времени, как уже упоминалось в главе 3. Хотя иногда пациенты сообщают о преувеличенных эмоциональных реакциях, в другое время они, наоборот, подавляют выражение отрицательных эмоций. Такой поведенческий паттерн можно ожидать у любого индивида, который развивался в инвалидирующем окружении. Однако индивиды с ПРЛ зачастую не осознают, что они выражают свои эмоции неадекватно; наоборот, они считают, что окружающие понимают их состояние, но "не реагируют" на их страдания. Таким образом, пациентам крайне необходимо научиться адекватно выражать свои эмоции (как вербально, так и невербально), а также оценивать степень понимания их коммуникативных усилий другими людьми.

Индивидам с ПРЛ также очень нелегко адекватно сообщить окружающим об испытываемых ими трудностях или некомпетентности в определенной ситуации. Частично проблема объясняется тем, что индивиды с ПРЛ зачастую не способны адекватно судить о своих возможностях; они могут думать, что не в силах справиться с ситуацией, если она вызывает у них чувство страха. Или, наоборот, они производят впечатление компетентных, хотя не имеют возможности справиться с проблемой. В результате получается совсем как в той притче, когда мальчик так часто обманывал людей и кричал "Волк!", что они перестали ему верить, и когда действительно пришел волк, никто не обратил внимания на крик мальчика. Окружающие ошибочно считают, что индивид с ПРЛ может справиться с ситуацией, хотя сам индивид чувствует, что "погибает". Всем людям, в том числе индивидам с ПРЛ, следует уметь сообщать о потребности в помощи или содействии таким образом,

чтобы другие люди воспринимали и понимали это сообщение. Этой задаче посвящена значительная часть тренинга межличностных навыков.

Правило, согласно которому действие соответствует настроению, — дисфункциональная крайность, которая также характерна для индивидов с ПРЛ. Разделение поведения индивида в определенный момент времени и настроения того же момента времени необходимо для достижения первичных целей ДПТ. Именно на этом основан акцент ДПТ на перенесении дистресса и принятии жизни такой, как она есть, без необходимости ее изменения. Хотя я рассказываю о зависимости от настроения в последнюю очередь, это очень важная тема. В определенном смысле можно сказать, что вся ДПТ ориентирована на эту цель, поскольку на протяжении всего лечения устраняются (иногда наказываются) взаимосвязи между плохим настроением и соответствующим неадаптивным поведением.

Заключение

Приоритетные цели ДПТ выступают определяющими характеристиками терапии. Однако знание этих целей и умение расположить их по степени приоритетности — только первый шаг. Второй существенно важный шаг, который дается только с практикой, — способность контролировать поведение пациента в его развитии, а также распределять виды поведения по соответствующим категориям. Как только терапевт выявляет постоянные поведенческие паттерны, он может выделить связи между различными видами поведения, рассмотреть свои приоритеты и определить важнейшие на данный момент задачи. Это примерно то же самое, что научиться исполнять сложное музыкальное произведение. Сначала нужно разобраться в нотах, а уже потом садиться за рояль.

Примечания

1. Эти примеры представляют собой видоизмененные примеры, предложенные М. Бассеше (*Basseches, 1984*).

6

Структуризация терапии целевого поведения: кто лечит, что лечат и когда

Непрерывный кризис и сложность поведения, характерные для индивида с ПРЛ, часто оказываются непосильными как для самого пациента, так и для терапевта. Подчас в определенный момент времени пациент и терапевт сталкиваются с таким количеством средовых проблем и неадаптивных видов поведения, что специалисту трудно решить, как следует распределять время терапии и чему уделять внимание в первую очередь. Огромные усилия, которые пациент предпринимает для того, чтобы сосредоточить терапию на своем нынешнем кризисе, в такой ситуации не приносят плодов. Зависимость от настроения затрудняет для пациента с ПРЛ обращение к каким-либо проблемам, не связанным с его эмоциональными переживаниями в данный момент времени; радикальные способы коммуникации, вызванные эмоциональной болью, также не позволяют терапевту сосредоточиться на чем-либо другом, кроме нынешних страданий пациента. В такой ситуации помогут целевые приоритеты ДПТ, которые можно использовать в качестве критериев временной структуризации терапии. Если терапевт чувствует, что не может справиться с клинической ситуацией, целевые приоритеты укажут, на что обратить внимание в первую очередь.

Смысл ДПТ заключается в том, что терапевтические цели, так же как и соответствующие им приоритеты, должны быть прозрачными и конкретными. Цели, как и приоритеты, отличаются в зависимости от формы ДПТ (индивидуальная психотерапия, групповая терапия, телефонная консультация). Таким образом, необходимо, чтобы каждый специалист, обеспечивающий терапию пациента с ПРЛ, имел ясное представление о том, за какие именно цели он несет ответственность. Даже если терапевт знает, что он единственный специалист, работающий с данным па-

циентом, для него очень важно иметь четкое представление о приоритетах тех или иных взаимодействий с последним (например, приоритеты психотерапевтического сеанса будут очень отличаться от приоритетов телефонной консультации).

В этой главе я опишу организацию терапевтических целей в стандартной ДПТ. Самый важный момент заключается в том, что хотя специфические приоритеты могут меняться (а в определенных условиях, вероятно, даже должны меняться), требование ясности и конкретности приоритетов остается в силе. Если порядок целей, распределение целевых приоритетов в зависимости от форм терапии или ответственность за достижение определяемых целями задач меняется, терапевт должен иметь ясное понимание того, что и как именно изменяется.

Диалектическое поведение

Задача усиления паттернов диалектического поведения у пациентов с ПРЛ — тема, определяющая подход ДПТ ко всем другим типам целевого поведения. Данная цель отличается от прочих по трем аспектам. Во-первых, она остается приоритетной целью во всех формах терапии. Внимание, уделяемое другим поведенческим целям, меняется в зависимости от формы терапии; но если дело касается паттернов диалектического поведения, им уделяется первоочередное внимание во всех формах ДПТ. Все терапевты пытаются как моделировать, так и подкреплять диалектический стиль мышления и решения проблем, а также показывать неэффективность недиалектического стиля, как упоминалось в главе 5.

Во-вторых, в отличие от других терапевтических целей, усиление паттернов диалектического поведения в качестве конкретной цели терапии редко обсуждается с пациентом, т.е. пациент не обязуется работать над повышением своей диалектичности. Основная причина этого в том, что при разработке ДПТ я считала понятие диалектичности слишком абстрактным и опасалась, что объяснения и инструкции могут только затруднить обучение. Кроме того, я считала, что само отсутствие диалектического мышления у пациентов помешает им стремиться к его достижению. Если, например, индивид полагает, что действительность определяется неким всеобщим порядком, за которым стоит познаваемая абсолютная истина, ему будет нелегко отказаться от таких представлений. Однако мое нежелание эксплицитно обучать пациентов диалектическим принципам может быть неоправданным и вызываться чрезмерной осторожностью. Некоторые когнитивные терапевты (например, А. Бек и его соавторы (*Beck et al., 1990*)) сосредоточивают терапию непосредственно на изменении когнитивного стиля, добиваясь хороших результатов. При обучении навыкам, описанным в главе 5, можно, как минимум, поддерживать направленность на сбалансированное мышление и действия (противоположности дихотомического мышления и экстремальных действий).

Третье различие между паттернами диалектического поведения и другими целями заключается в том, что диалектическое поведение не входит в иерархический список целей, который будет обсуждаться ниже, из-за того, что выступает аспектом каждой из них.

Иерархия первичных целей

Семь остальных первичных поведенческих целей, упомянутых в главе 5, могут быть расположены в иерархическом порядке, по степени важности. Иерархия терапии в общих чертах представлена в табл. 6.1; она отражает тот порядок, который использовался при обсуждении этих целей в предыдущей главе. Расположение целей отражает также приоритетность целей в амбулаторной индивидуальной психотерапии. Что касается других форм терапии, расположение целей будет в некоторой степени меняться, о чем мы поговорим позже в этой главе. Хотя иерархия целей была разработана специально для пациентов с ПРЛ, легко заметить, что данный список может быть применен при терапии индивидов с различными дисфункциями — по крайней мере, на первом этапе терапии.

Таблица 6.1. Иерархия первичных целей в ДПТ

Цели подготовительного этапа

Ориентирование пациента и соглашение по терапевтическим задачам.

Цели первого этапа

1. Ослабление суицидального поведения.
2. Ослабление препятствующего терапии поведения.
3. Ослабление поведения, ухудшающего качество жизни.
4. Усиление поведенческих навыков:
   а) "основные" навыки психической вовлеченности;
   б) межличностная эффективность;
   в) эмоциональная регуляция;
   г) перенесение дистресса;
   д) самоуправление.

Цели второго этапа

1. Ослабление посттравматического стресса.

Цели третьего этапа

1. Повышение самоуважения.
2. Достижение индивидуальных целей.

Терапевтические задачи и программа психотерапевтического сеанса

Хотя важность каждой цели на протяжении терапии не меняется, ее значимость может претерпевать изменения. Значимость определяется текущим повседневным поведением пациента, а также его поведением во время психотерапевтических сеансов. Проблемы, которые не проявляются в поведении пациента в данное время, считаются временно незначимыми. Именно от значимости и важности зависит, чему терапевт будет уделять преимущественное внимание при взаимодействии с пациентом. Основная идея здесь в том, что терапевт применяет стратегии и техники ДПТ (которые будут обсуждаться в главах 7–15) к наиболее приоритетным и значимым на данный момент терапевтическим задачам. Если поставленная задача, определяемая терапевтической целью, была достигнута или если целевая сфера не порождала проблем для пациента, либо подобные проблемы не проявляются в его нынешнем поведении, или ими уже занимались на предыдущем сеансе, тогда принципиальным направлением терапии становятся следующие по списку цели.

Терапевтические цели и формы ДПТ

Ответственность за достижение конкретных терапевтических целей распределяется между различными формами ДПТ (индивидуальная психотерапия для развития поведенческих навыков, группы поддержки, телефонные консультации). Приоритетность той или иной терапевтической цели, объем внимания, получаемый каждой из них, и характер этого внимания варьируются в зависимости от формы терапии. Таким образом, как уже упоминалось выше, каждая форма терапии отличается уникальным иерархическим порядком терапевтических целей. Индивидуальный терапевт руководствуется одним порядком целей; ведущий индивидуального тренинга навыков — другим; ведущий групповых занятий — третьим; особый порядок целей определяют телефонные консультации. В некоторых контекстах персонал среднего звена и руководитель отделения или клиники могут быть частью терапевтического коллектива ДПТ; в этом случае у них есть свои списки целевых приоритетов. Если в ходе терапии добавляются другие ее формы, для каждой из них составляются особые списки приоритетных задач. В принципе, нагрузка может распределяться самыми разными способами, которые отражают различные условия и формы терапии. Возможности распределения будут обсуждаться позже в этой же главе.

Самое главное, о чем здесь необходимо сказать, — то, что все диалектико-поведенческие терапевты в определенных условиях должны ясно понять свою собственную иерархию целей по отношению к каждому пациенту и ее место в общей иерархии поведенческих целей ДПТ. Как правило, цели и их приоритетность привязаны к каждой конкретной форме терапии. Таким образом, если специалист применяет несколько форм терапии (например, индивидуальный терапевт также ведет групповые занятия или занимается телефонными консультациями), он должен помнить порядок целей, характерный для каждой формы терапии, и при переходе к каждой из них должен быть способен к плавному переключению от одной иерархии к другой.

Основной терапевт и ответственность за достижение целей

В каждом отделении есть терапевт, который закрепляется за определенным пациентом. В нашем амбулаторном отделении, как и в индивидуальной клинической практике, этот специалист становится индивидуальным терапевтом для данного пациента. Этот основной терапевт отвечает за планирование лечения, работу с пациентом для продвижения ко всем целям и содействие пациенту в интеграции (а порой и отказу от) того, что приобретается с помощью других форм терапии. Мой опыт показывает, что если основной терапевт не помогает пациенту интегрировать и закрепить то, чему последний обучается в других формах терапии, такое обучение часто неэффективно. Все терапевты в обычных условиях могут принимать участие в планировании терапии, вносить свой вклад в определение того, каким видам поведения следует уделять внимание в рамках каждой категории целей, вместе распределять ответственность за достижение целей между разными формами терапии и специалистами. Однако именно основной терапевт должен помочь пациенту помнить и принимать во внимание, образно выражаясь, “общую картину”. Как я подчеркиваю при обсуждении стратегий консультирования пациента в главе 13, основной терапевт советуется со своим пациентом по поводу эффективного взаи-

модействия с другими членами терапевтического коллектива и профессионального сообщества. (И наоборот, другие терапевты консультируются с пациентом по поводу взаимодействия с основным терапевтом.)

Продвижение к целям

Мой опыт показывает, что продвижение к терапевтическим целям можно разделить на этапы. Хотя я расположила этапы терапии в хронологическом порядке (в эвристических целях), развитие терапевтического процесса обычно носит циркулярный характер. Поэтому, несмотря на то что ориентирование пациента на терапию и направленность на вероятные ожидаемые результаты терапии обычно характерно для первых нескольких сеансов, эти вопросы, вероятнее всего, сохранят актуальность на протяжении всей терапии. Первый этап работы включает поведенческий анализ и лечение суицидального поведения, препятствующего терапии поведения и поведенческих паттернов, которые серьезно ухудшают качество жизни, а также дефицита навыков. Однако для некоторых пациентов проблемы в упомянутых сферах могут сохранять приоритетность на протяжении всей терапии. Второй этап терапии, ориентированный на ослабление посттравматического стресса, иногда требует внимания с самого начала терапии; более того, подобный стресс вряд ли можно полностью устранить. Последний этап нацелен на выполнение таких задач, как самоуважение, генерализация навыков, интеграция и завершение. Однако этими проблемами также занимаются с самого начала работы в целом, и на протяжении всей терапии они время от времени выходят на первый план.

Подготовительный этап: ориентирование пациента

Насущной проблемой при работе с пограничными и парасуицидальными индивидами остается возможность преждевременного оставления терапии значительным процентом пациентов. Несколько экспериментов (*Parloff, Waskow, & Wolfe, 1978*) предоставили эмпирические доказательства того, что проведение подготовительных, с целью ориентации, сеансов коррелирует с сокращением процента пациентов, преждевременно прекращающих терапию. Поэтому первые несколько сеансов индивидуальной психотерапии посвящаются подготовке к работе. Задачи этого этапа терапии двояки. Во-первых, пациент и терапевт пытаются прийти к обоюдному информированному решению о совместной работе, которая будет способствовать достижению пациентом изменений, которых он хочет добиться в себе и своей жизни. Во-вторых, терапевт пытается изменить любые дисфункциональные представления или ожидания пациента относительно терапии, которые могут повлиять на терапевтический процесс и/или вызвать решение о преждевременном прекращении терапии.

Что касается первой задачи, пациент должен как можно больше узнать о межличностном стиле терапевта, профессиональной компетентности, терапевтических задачах и намерениях относительно проведения терапии. Терапевт обязан оказать пациенту содействие, чтобы тот смог принять информированное решение об участии в терапии, а также должен собрать достаточно информации о пациенте, чтобы решить, сможет ли он с ним работать. На этом этапе следует проводить диагностическое и оценочное интервью, а также составлять историю пациента. Что касается

представлений и ожиданий пациента, связанных с лечением, специалист описывает программу работы, темп и масштабы изменений, которых можно ожидать в контексте терапии; выясняет и обсуждает представления пациента о терапевтах и психотерапии вообще; а также пытается провести "рефрейминг" психотерапии как процесса научения. Эти ориентационные сеансы подробнее описываются в главах 9 и 14.

Первый этап: приобретение базовых способностей

Как уже упоминалось, первый этап терапии сосредоточен на суицидальном поведении, препятствующем терапии поведении, важнейших типах поведения, ухудшающего качество жизни, а также на дефиците навыков. Чтобы добиться контроля над первыми двумя целями, при терапии пациентов с высокой дисфункциональностью и суицидальностью может понадобиться год или больше. Прогресс при работе над поведением, ухудшающим качество жизни, в некоторой степени зависит от того, что представляет собой это поведение. Что касается аддиктивного поведения, много времени может потребоваться только для того, чтобы добиться от пациента обязательства работать над этим поведением. Однажды у меня была пациентка с серьезной алкогольной зависимостью, которой потребовалось больше двух лет на то, чтобы решить наконец взяться за себя и приступить к работе над изменением проблемного поведения. И даже после этого пациентку арестовали за вождение в состоянии опьянения, заставили проходить принудительное двухлетнее лечение, и мне пришлось предоставить ей "отпуск от терапии", чтобы убедить ее взять на себя обязательство участвовать в терапии (стратегия "отпуска от терапии" обсуждается в главе 10).

Как правило, к концу первого года терапии пациент должен обладать практическими знаниями и основными поведенческими навыками, которым обучают в ДПТ. Хотя применение этих навыков к различным целевым проблемным сферам остается долговременной терапевтической задачей, такого большого объема времени, который затрачивается на приобретение навыков на первом этапе, на дальнейших этапах терапии уже не требуется — за исключением тех случаев, когда основной терапевт не оказывает пациенту достаточной помощи для интеграции приобретаемых навыков. Опять-таки, мой опыт показывает, что если основной терапевт не ценит навыков, которым обучается пациент, и не помогает ему интегрировать эти навыки в повседневную жизнь, пациент зачастую забывает то, чему научился.

Второй этап: ослабление посттравматического стресса

Второй этап терапии, который начинается только тогда, когда предыдущее целевое поведение находится под контролем, включает непосредственную работу над посттравматическим стрессом. Некоторые могут оспаривать статус посттравматического стресса как цели второго этапа. Те, кто считает ПРЛ особой разновидностью посттравматического стрессового расстройства, могут предположить, что лечение ранней травмы, особенно вследствие сексуального насилия, должно быть высшим приоритетом терапии — как только эта проблема разрешается, все остальные проблемы также становятся разрешимыми. Хотя я отношусь к этой точке зрения с некоторым пониманием, я считаю, что ввиду результирующего хаоса в жизни пациента и высокого суицидального риска для лечения посттравматического стресса следует очень тщательно выбирать время.

Мой опыт показывает, что в тех случаях, когда терапевты начинали работу со "вскрытия", когда терапия с самого начала была направлена на обсуждение детских травм (включая сексуальное, физическое насилие, эмоциональные травмы или заброшенность), многие из пациентов просто не могли перенести повторное возвращение к травматическим событиям. Наоборот, такой подход часто приводил к высокой суицидальности, парасуицидальным действиям, близким к летальным, навязчивому членовредительству или к (возобновлению) госпитализации. Поэтому ДПТ не сосредоточивается на травматическом стрессе до тех пор, пока пациент не будет обладать необходимыми способностями и "подпорками" (как в контексте терапии, так и вне его), которые позволят успешно излечить травму. Удовлетворительный прогресс на первом этапе терапии подготавливает пациента для последующей работы над травматическим опытом. Выражаясь терминами психодинамики, пациент должен обладать необходимой силой Эго для прохождения терапии.

Это, конечно же, совсем не означает, что на первом этапе терапии травма игнорируется, если пациент обращает внимание терапевта на эту проблему. Однако действия терапевта в подобной ситуации зависят от связи травматического опыта с другими видами целевого поведения. Если последействия травмы (воспоминания, самообвинение, эмоциональные реакции на ассоциирующиеся с травматическим опытом раздражители и т.д.) функционально связаны, например, с последующим суицидальным поведением, тогда им уделяется такое же внимание, как и любым другим факторам суицидального поведения, т.е. направленностью терапии становится связь последствий травмы с последующим суицидальным поведением. В любом случае болезненные последствия травмы, если они проявляются во время терапии, рассматриваются как проблемы, требующие разрешения (т.е. как поведение, ухудшающее качество жизни). Одной из составляющих терапии обычно выступает формирование навыков перенесения дистресса и навыков психической вовлеченности (подробнее об этом можно прочитать в главе 5), которые необходимы для устранения посттравматического стресса. Терапевт очень гибко подходит к лечению дисфункциональных видов поведения и эмоциональных паттернов (подход "здесь и сейчас"). Хотя связь между нынешним поведением пациента и предыдущими травматическими событиями, включая ранний травматический опыт, может изучаться и фиксироваться, терапия имеет выраженную направленность на анализ взаимосвязей между мыслями, чувствами и видами поведения пациента в настоящее время, а также на принятие и изменение нынешних паттернов реагирования. Переориентация основных видов терапевтической деятельности на полученную ранее травму — это то, чего терапевт *не* делает на первом этапе терапии. Опять-таки, основное правило здесь — не заниматься травмой до тех пор, пока пациент не сможет справиться с последствиями вскрытия этой травмы.

Поскольку ослабление реакций посттравматического стресса относится к среднему этапу терапии, эта деятельность часто начинается, приостанавливается, а затем начинается заново. Многим пациентам приходится работать над этой проблемой всю жизнь, то оставляя ее, то возобновляя свои усилия. Некоторые индивиды могут начинать лечение, будучи готовыми ко второму этапу: они не вовлечены в активное суицидальное поведение, могут работать над терапевтическими задачами, обладают необходимыми ресурсами и стабильностью. И наоборот, некоторые

пациенты, которые кажутся готовыми для работы над задачами второго этапа терапии, на самом деле могут быть на это неспособны. Их воспринимаемая компетентность может ввести в заблуждение и терапевтов, и их самих. Иногда терапевт даже не подозревает о том, что пациент соответствует диагностическим критериям ПРЛ, пока попытки разрешения ранних травм не вызовут чрезмерных реакций, характерных для первого этапа. Это особенно вероятно, если терапевт не провел всесторонней клинической оценки в начале терапии. Как я уже упоминала, в контексте поддерживающих и обучающих отношений и при слабом или нулевом межличностном стрессе у индивидов с ПРЛ иногда наблюдается вполне нормальное функционирование. Хотя пациент может испытывать чрезвычайные внутренние страдания, терапевт порой не замечает дистресса пациента до тех пор, пока не произойдет повторная экспозиция ассоциирующихся с травмой раздражителей.

Однако на втором этапе терапии терапевтическая экспозиция необходима (подробное описание экспозиционных техник можно найти в главе 11). Дело в том, что другого способа работы над стрессовыми реакциями на такие раздражителями просто не существует. Для некоторых пациентов терапевтическая экспозиция должна быть постепенной и медленной, для других второй этап терапии может проходить довольно быстро. Продолжительность и темп терапии на втором этапе будут зависеть от тяжести полученной травмы и поведенческих и социальных ресурсов терапевта, позволяющих или не позволяющих пациенту справиться с терапевтическим процессом. Иногда терапевту и пациенту может быть полезно на некоторое время прервать терапию. Например, одной из моих пациенток потребовалось несколько лет для того, чтобы пройти первый этап терапии. Когда она наконец была готова сосредоточиться на тяжелом опыте сексуального насилия, которому подвергалась с девяти до тринадцати лет, я планировала двухмесячную поездку за рубеж. Страх пациентки по поводу того, что она останется наедине со своим кризисом как раз в то время, когда я буду в отъезде, был настолько велик, что она не смогла в полную силу работать над задачами второго этапа. Мы договорились, что пациентка будет посещать меня раз в месяц, пока я не уеду, а ко второму этапу терапии мы приступим после моего возвращения. Пациентка продолжала посещать поддерживающую групповую терапию. Другая пациентка оставила терапию после почти полного завершения первого этапа лечения. Во время "отпуска" она прошла программу лечения от алкогольной зависимости. Затем мы возобновили терапевтическую работу над исправлением последствий травматических отношений с ее родителями.

Очень важно, чтобы терапевт не путал успешное завершение первого этапа терапии (адекватное совладание с реакциями посттравматического стресса) и успешное окончание терапии. Хотя после удовлетворительного завершения первого этапа лечения пациент обладает стабильностью, необходимой для налаживания полноценной жизни, сами паттерны посттравматического стресса (которые рассматриваются в главе 5) остаются источником значительной эмоциональной боли и страданий. Хотя некоторые индивиды могут быть способны переносить длительные периоды сильной боли и страданий, другие пациенты в конце концов вернутся к поведению первого этапа, чтобы облегчить боль или добиться помощи. Таким образом, достижения первого этапа терапии могут быть утрачены, если второй этап не будет пройден надлежащим образом.

Третий этап: повышение самоуважения и достижение индивидуальных целей

Содержание завершающего этапа пересекается с первыми двумя этапами и представляет собой работу над развитием способности пациента доверять себе, принимать собственные мнения, чувства и действия и уважать себя независимо от отношения терапевта. Основная часть работы над индивидуальными целями пациента также происходит на этом этапе. Крайне важно, чтобы те навыки, которые пациент получает во время терапии, также распространялись (генерализовывались) на нетерапевтические ситуации. Терапия индивидов с ПРЛ обычно характеризуется тем, что поначалу пациенту очень трудно доверять специалисту, трудно просить терапевта о помощи, находить оптимальный баланс между независимостью и зависимостью. В первые месяцы терапии пациенту довольно трудно довериться специалисту и обращаться к нему даже тогда, когда в этом есть необходимость. Пациент мечется между всецелой зависимостью от терапевта в решении своих проблем и декларируемой независимостью: "Я ни в чем и ни в ком не нуждаюсь". Изучение этих особенностей поведения часто показывает, что те же самые межличностные паттерны пациента часто распространяются на других членов его окружения. Поэтому особое внимание в терапии будет уделяться способности доверять, в адекватной форме просить о помощи, зависеть от других людей и одновременно быть независимым от них. По мере того, как укрепляется доверие пациента к терапевту, он обычно становится более откровенным в плане своей потребности в помощи. Во время первых этапов терапии должна быть выражена направленность на подкрепление такого поведения пациента, которое позволяет ему обращаться за помощью к специалисту, если сам он не может справиться с ситуацией. Однако если просьба о помощи не переносится на других членов окружения пациента и если пациент не учится оказывать помощь себе и успокаивать себя, окончание терапии будет для него чрезвычайно травматическим. Переход от надежды на терапевта к надежде на себя и других должен начинаться почти сразу же. Опять-таки, при обучении пациента уверенности в своих силах должна сохраняться диалектическая направленность на способности полагаться на других людей. Таким образом, задача состоит в том, чтобы полагаться на себя и в то же время сохранять устойчивые межличностные связи.

Повышение самоуважения требует также снижения ненависти к себе и стыда. Мой опыт показывает, что остаточные переживания стыда (по поводу себя и своего прошлого) обычно выходят на поверхность на третьем этапе терапии. В частности, у пациента может возникнуть потребность в том, чтобы решить, как он будет конструировать свою историю и как представит ее другим людям. Пациент должен решить, как отвечать на интерес людей к своему прошлому, особенно если это может вызвать внешне проявляющиеся болезненные реакции. Иногда возобновление сильного стыда или страха окончания терапии может привести к возвращению проблемного поведения первого этапа или стрессовых реакций второго. Обычно эти рецидивы непродолжительны. Очень важно, чтобы терапевт не усугублял чувство стыда и не сводил возобновление неадаптивного поведения к патологии. Подобная ситуация очень похожа на состояние бывшего курильщика, который оставил свою вредную привычку пять лет назад, а затем подвергается воздействию

раздражителя, прочно ассоциирующегося с курением. Если у данного индивида нет достаточного опыта обучения, связанного с этим раздражителем, он может испытать неожиданно сильную тягу к курению. В ДПТ данная ситуация означает не регресс индивида, а необходимость нового обучения.

Как и в промежутке между первым и вторым этапами терапии, пациент может брать "отпуск" перед третьим этапом или во время него. Иногда в интервале пациенты могут проходить другую терапевтическую программу или работать с другими терапевтами. Нет никаких оснований возражать против этого.

Установление приоритетов в рамках целевых категорий при индивидуальной амбулаторной терапии

Как уже упоминалось, индивидуальный терапевт при амбулаторной работе выступает основным терапевтом пациента, а также несет ответственность за организацию лечения для выполнения всех первичных терапевтических задач. Однако выбор поведения, на котором должна сосредоточиться терапия в рамках целевых категорий, может представлять трудности для основного терапевта. Иерархия видов поведения в рамках этих категорий представлена в табл. 6.2 и будет обсуждаться ниже.

Таблица 6.2. Иерархии видов целевого поведения в рамках целевых категорий при индивидуальной амбулаторной психотерапии

Суицидальное поведение

1. Кризисное суицидальное поведение.
2. Парасуицидальные действия.
3. Навязчивые суицидальные побуждения, образы и сообщения.
4. Суицидальная идеация, ожидания, эмоциональные реакции*.

Препятствующее терапии поведение

1. Поведение пациента или терапевта, которое может воспрепятствовать терапии.
2. Непосредственно препятствующее терапии поведение пациента или терапевта.
3. Препятствующее терапии поведение пациента или терапевта, функционально связанное с суицидальным поведением.
4. Препятствующее терапии поведение пациента, подобное проблемному поведению вне терапии.
5. Недостаточность или отсутствие терапевтического прогресса.

Поведение, ухудшающее качество жизни

1. Поведение, непосредственно вызывающее кризис.
2. Легко меняющееся поведение (по контрасту с трудно изменяемым поведением).
3. Поведение, функционально соотнесенное с целями высшего порядка и жизненными целями пациента.

Усиление поведенческих навыков

1. Навыки, которым пациент обучается на данном этапе в ходе тренинга навыков.
2. Навыки, функционально соотнесенные с целями высшего порядка.
3. Еще не освоенные навыки.

* "Фоновой" суицидальной идеации не уделяется непосредственного внимания. Она рассматривается как побочный продукт поведения, ухудшающего качество жизни.

Ослабление суицидального поведения

Первая задача индивидуального терапевта состоит в том, чтобы отслеживать и оценивать суицидальное поведение и сосредоточивать работу на его ослаблении (подробности — в главе 5). Однако конкретная реакция ДПТ на кризисное суицидальное поведение будет зависеть от оценки вероятности суицида, функций суицидального поведения, информированного заключения терапевта о способностях пациента к переходу к более адаптивным способам решения проблем и, что самое главное, от того поведения, которое специалист считает необходимым подкрепить. Хотя кризисное суицидальное поведение никогда не игнорируется, это не означает, что адекватным с точки зрения ДПТ действием всегда будет попытка немедленного "спасения" пациента.

Если имеют место парасуицидальные действия, они всегда обсуждаются на ближайшем сеансе индивидуальной психотерапии. Проведение подробного поведенческого анализа после каждого случая парасуицида — существенно важный аспект ДПТ (описание этих стратегий можно найти в главе 9). Единственное, что может потребовать большего внимания, — это кризисное суицидальное поведение во время сеанса. Мой опыт общения с терапевтами, работающими с пограничными или суицидальными индивидами, показывает, что подобное внимание, уделяемое парасуицидальному поведению, отличает ДПТ от многих других подходов к терапии индивидов с ПРЛ.

Навязчивыми или очень сильными суицидальными мыслями, образами и сообщениями непосредственно занимаются на последующих сеансах индивидуальной психотерапии. Однако в отличие от кризисного суицидального поведения и парасуицидальных действий, привычная, или "фоновая" (в моем представлении), суицидальная идеация не всегда требует непосредственного внимания. Чтобы непосредственно заниматься такой суицидальной идеацией, потребовалось бы оставить без внимания все другие виды проблемного поведения. В большинстве случаев ДПТ рассматривает продолжительную суицидальную идеацию как результат неудовлетворительного качества жизни, поэтому лечение предполагает обращение внимания на повышении качества жизни (о чем мы поговорим немного позже).

Ослабление препятствующего терапии поведения

Вторая задача при индивидуальной психотерапии — работа над любым поведением, которое препятствует терапевтическому процессу. По значению такое поведение уступает только суицидальному поведению, связанному с высоким риском, в том числе парасуицидальным действиям. Самыми проблемными в этом плане считаются любые виды поведения (как пациента, так и терапевта), которые ставят под угрозу продолжение терапии, — например, пропуск назначенной терапии в течение четырех недель подряд. Следующими по важности будут перечисленные ниже виды поведения в указанном порядке.

1. Поведение пациента или терапевта, которое непосредственно препятствует терапевтическому процессу (например, пациент не является на психотерапевтический сеанс; молчит во время сеансов; занимается действиями, которые носят настолько отрицательно подкрепляющий характер, что при их продолжении те-

рапевт будет вынужден прервать терапию; необоснованные или слишком жесткие требования терапевта, которые пациент не может выполнить).

2. Поведение пациента или терапевта, которое функционально связано с суицидальным кризисным поведением или парасуицидальными действиями (например, чрезмерный напор или темп терапевта в рамках болезненных для пациента тем, которые часто вызывают суицидальный кризис; отказ пациента от соглашения о работе над ослаблением суицидального поведения; страх пациента, мешающий ему довериться терапевту до совершения парасуицидального действия, а не после него; суицидальные угрозы в такой манере, при которой терапевт не может сохранять хладнокровие; чересчур острая реакция терапевта, усугубляющая суицидальное поведение пациента).
3. Поведение пациента, которое отражает проблемное поведение вне терапии (враждебное, требовательное отношение к терапевту, напоминающее отношения пациента с близкими ему людьми; избегание трудных тем и проблем, подобное уклонению от решения проблем вне терапии).

Такому проблемному поведению (наблюдаемому терапевтом или упоминаемому пациентом) уделяется непосредственное внимание специалиста, когда бы оно ни проявлялось. Это поведение нельзя игнорировать. Если у пациента наблюдается сразу несколько видов препятствующего терапии поведения, терапевт может выбрать и прокомментировать один или два из них, оставив другие до тех пор, пока не будут успешно разрешены выбранные проблемы. Одна из наиболее распространенных, но тем не менее опасных ошибок при терапии индивидов с ПРЛ состоит в толерантном отношении к препятствующему терапии поведению до тех пор, пока не становится слишком поздно что-либо менять. Часто случается так, что поведение пациента расстраивает терапевта и разрушает терапию; специалист не высказывает своего неудовольствия, но в определенный момент превышается "предел прочности" терапевта — его силы истощаются, и он прекращает терапию в одностороннем порядке. Обычно это обставляется таким образом, чтобы пациент казался виноватым или чтобы сложилось впечатление, что у терапевта не было другого выхода. Пациент шокирован, он умоляет дать ему шанс исправить отношения, но его уже не принимают обратно. С некоторыми пациентами это происходит постоянно, поэтому неудивительно, что, попадая к нам, они не могут нам доверять.

Необходимо также упомянуть об отсутствии прогресса как разновидности препятствующего терапии поведения. Понятно, что если терапия не имеет успеха, эта проблема должна стать первичной целью терапевтического взаимодействия. Если, несмотря на принимаемые меры, прогресс все же отсутствует, терапия завершается в заранее обусловленное время. Отсутствие прогресса, приводящее к окончанию терапии, часто представляет собой новую чрезвычайную ситуацию для пациента. Пациент с ПРЛ больше всего боится, что терапия завершится при *наличии* прогресса, а не в случае его отсутствия. Прояснение ситуации с окончанием терапии — важная тема начальной терапевтической ориентации.

Основные вопросы в данном контексте звучат следующим образом: сколько должна длиться терапия, если нет явного продвижения к намеченным целям; какой степени поведенческой регрессии можно ожидать, особенно когда пациент переходит к завершающему этапу терапии; и как можно определить прогресс? Ответы на

эти вопросы будут тесно связаны с теориями, которым следует терапевт: теориям терапии, поведенческого функционирования в целом и ПРЛ в частности. У пациентов с ПРЛ по сравнению со многими другими категориями пациентов часто наблюдается очень медленный прогресс. Например, в результате одного эксперимента выяснилось, что для значительного улучшения приспособляемости требовалось более десяти лет (*McGlashen, 1983*) — при том, что почти половина пациентов во время последующей оценки состояния проходила терапию. В течение пяти лет после постановки диагноза пациенты с ПРЛ обычно остаются дисфункциональными во многих сферах (*Pope et al., 1983*). Терапевт должен найти баланс между толерантностью к медленному терапевтическому прогрессу и открытостью к возможности того, что предлагаемая им терапия просто неэффективна.

К сожалению, пациент зачастую слишком долго терпит неэффективное, порой ятрогенное поведение терапевта. У нас было несколько пациенток, которые продолжали неэффективную терапию, в результате чего со временем у них начали проявляться постепенные, но значительные поведенческие ухудшения. Некоторые пациентки работали с неэффективными терапевтами более 10–12 лет. И даже после этого они по-прежнему часто прибегали к парасуициду и каждый месяц проходили стационарное лечение. Другие пациентки терпели терапевтов с неадекватным сексуальным поведением; некоторые терапевты использовали пациенток в качестве суррогатных терапевтов для себя; отказывались принимать во внимание обратную связь пациенток или видоизменять терапию таким образом, чтобы она больше подходила пациенткам; вели себя агрессивно и прибегали к "обвинению жертвы", еще сильнее подрывая мнение пациенток о собственной компетентности и значимости. Подобное поведение, если оно имеет место, необходимо ставить в центр внимания ДПТ. Разумеется, в такой ситуации часто требуется терапия самого терапевта консультативной группой ДПТ и супервизором.

Ослабление поведения, ухудшающего качество жизни

Третья категория терапевтических целей включает виды неадаптивного поведения, которое может лишить пациента шансов добиться нормального качества жизни. Нередко у пациентов наблюдается больше одного вида поведения, препятствующего нормальному качеству жизни; некоторые пациенты моей клиники имеют проблемы в пяти-шести сферах. Принципы выбора определенного вида поведения для работы на психотерапевтическом сеансе следующие. Во-первых, приоритетными следует считать непосредственные проявления поведения, т.е. если у пациента нет денег для того, чтобы поесть или снять жилье, финансовые проблемы выходят на первый план и имеют более важное значение, чем работа над алкогольной зависимостью (если только пациент не провел всю предыдущую неделю в вытрезвителе). Во-вторых, сначала следует разрешать более простые проблемы, затем переходить к более сложным. Эта стратегия рассчитана прежде всего на то, чтобы подкрепить активный стиль разрешения проблем у пациента. Идея здесь в том, что если пациент приобретет некоторый опыт в разрешении проблем, вероятность его активной работы с более серьезными проблемами повысится.

В-третьих, первоочередным считается поведение, функционально связанное с приоритетными целями лечения и индивидуальными жизненными целями

пациента. В целом при работе с этими видами препятствующего поведения степень их важности будет соответствовать их функциональной связи со следующими видами поведения (по убывающей): 1) кризисное суицидальное поведение и парасуицидальные действия; 2) препятствующее терапии поведение; 3) суицидальная идеация и ощущение "страдания"; 4) сохранение терапевтических достижений; 5) другие жизненные цели пациента. Например, если злоупотребление алкоголем можно считать вероятным фактором парасуицида, работа над этой проблемой должна выходить на первый план, опережая проблему неспособности окончить университет, которая может быть функционально связана только с суицидальной идеацией. Если отсутствие жилья выступает причиной непосещения психотерапевтических сеансов, то нахождение жилья важнее, чем поиск работы, который может иметь функциональное отношение только к сохранению терапевтических достижений. И т.д. и т.п. Опять-таки, темп определяется принципами формирования, или шейпинга.

Усиление поведенческих навыков

Обучение поведенческим навыкам (таким как психическая вовлеченность, эмоциональная регуляция, устойчивость к дистрессу), с одной стороны, сопряжено с успехом в достижении первых трех целей, а с другой — образует отдельную терапевтическую цель. Если пациент и терапевт хотят преуспеть в ослаблении суицидального поведения пациента, а также поведения, препятствующего терапии и ухудшающего качество жизни, это проблемное поведение необходимо чем-то заменить. Это "что-то" в ДПТ состоит из поведенческих навыков, кратко описанных в главе 5 (подробное описание — в "Руководстве по тренингу навыков..."). Терапевт должен либо извлечь из пациента адекватное поведение, которое у него в некоторой степени уже имеется, либо научить пациента новому поведению. В любом случае много энергии необходимо направить на укрепление и генерализацию поведенческих навыков, чтобы пациент мог использовать эти навыки в контекстах, прежде обусловливающих неадаптивные реакции.

Непрерывный кризис и зависимость от настроения, характерные для пациентов с ПРЛ, а также интенсивные негативные реакции на тренинг навыков могут весьма затруднить интегрирование последнего в индивидуальную терапию. Этих проблем нельзя полностью избежать — так или иначе, но тренинг навыков необходимо проводить. В моей клинике все новые пациенты, которые проходят индивидуальную психотерапию, также должны пройти годичный групповой тренинг навыков. При этом индивидуальный терапевт в течение первого года лечения сосредоточивается в основном на применении навыков, которым обучается пациент, а не на их приобретении. Задача индивидуальной терапии — интегрировать эти навыки в повседневную жизнь пациента, а также сделать их использование более частым.

Отсутствие направленности на приобретение навыков при индивидуальной терапии в нашей клинике вовсе не означает запрет. Если пациент нуждается в навыке, еще не включенном в тренинг, индивидуальный терапевт обучает его этому навыку "загодя". Кроме того, если пациент пропускает несколько занятий по тренингу навыков, а занятия с отстающими не предусмотрены (как это часто бывает), основной терапевт может провести тренинг навыков во время сеансов индивидуальной терапии.

Необходимость в этом будет определяться мнением терапевта и пациента о функциональной ценности данных навыков по отношению к другим целевым проблемам.

В некоторых ситуациях независимый тренинг навыков невозможен или даже нежелателен. Страховка пациента может не покрывать этих расходов; групповой тренинг навыков может в данное время не проводиться; имеющиеся в наличии тренинговые программы могут не подходить пациенту; или условия работы терапевта таковы, что независимый тренинг навыков не поддерживается или не имеет ценности. Что касается пограничных пациентов с нормальным функционированием (например, тех, которые не нуждаются в прохождении первого этапа терапии) или тех, которые хотят обучиться новым навыкам и способны сосредоточиться на выполнении этой задачи, они едва ли нуждаются в отдельном тренинге. В такой ситуации основной терапевт может включить тренинг навыков в индивидуальную терапию.

Как только появляются значительные успехи в достижении первых трех целей, терапевт должен оценить поведенческие навыки пациента — достаточны ли они для того, чтобы тот смог справиться со вторым этапом терапии, в котором проводится работа с остаточными посттравматическими стрессовыми реакциями. Прежде всего, при этом нужно помнить, что сама по себе терапия посттравматического стресса почти всегда становится травматическим опытом. Терапия не должна продолжаться до тех пор, пока терапевт не удостоверится, что пациент обладает хотя бы элементарными навыками, необходимыми для совладания с этой травмой. Поэтому, если обучение новым поведенческим навыкам до сих пор было второстепенным по отношению к прочим аспектам индивидуальной терапии, перед продолжением терапии может понадобиться интенсивное освоение навыков и их закрепление. В определенном смысле терапевт заполняет "пробелы в обучении" перед тем, как сделать следующий шаг.

Терапевт также должен быть готов к возобновлению проблем первого этапа (суицидального, препятствующего терапии и ухудшающего качество жизни поведения). Если это случается, направление терапии временно смещается на более приоритетные цели. Обычно задача ослабления посттравматического стресса постепенно теряет приоритетность на последнем этапе терапии, когда основной целью становится устранение остаточных проблем с помощью повышения самоуважения пациента.

Ослабление посттравматического стресса

Основная часть работы над ослаблением посттравматического стресса приходится на индивидуальную психотерапию, хотя некоторым пациентам показано участие во вспомогательных группах для жертв сексуального или физического насилия и т.п. На втором этапе терапии направленность ДПТ смещается на ранее имевшие место сексуальное и физическое насилие, эмоциональные травмы и недостаточную родительскую заботу. Это также дает возможность уделить внимание другому раннему опыту отрицательного подкрепления — утратам, неудачам или иным травмам, которые связаны с нынешними стрессовыми реакциями. Таким образом, на втором этапе индивидуальной психотерапии обычно начинается "вскрытие", когнитивная и эмоциональная обработка, а также разрешение патогенных собы-

тий детства. Индивидуальная психотерапия обычно предусматривает выраженную направленность на терапевтическую экспозицию и стратегии когнитивной модификации, предназначенные для изменения эмоциональных реакций пациента на ассоциирующиеся с травмой раздражители, а также на когнитивную реинтерпретацию как самой травмы, так и последующих реакций пациента на нее.

Четыре задачи в рамках этой целевой сферы обсуждались в главе 5 (принятие факта травмы; снижение стигматизации, непринятия своих чувств и самообвинения; ослабление отрицания и навязчивых паттернов стрессовых реакций; ослабление дихотомического мышления по отношению к травматической ситуации). В обычных случаях над этими задачами работают одновременно, направление терапевтического сеанса определяется проблемами, возникающими при терапевтической экспозиции травматических раздражителей.

Повышение самоуважения пациента и достижение индивидуальных целей

Во время последнего этапа индивидуальной психотерапии целью становится самоуважение пациента. Поскольку источником самых серьезных угроз для самоуважения пациента часто выступает социальное окружение, терапия на этом этапе сосредоточивается прежде всего на поведении самоуважения, которое имеет место (или отсутствует) в межличностных отношениях терапевта и пациента. Работа над таким поведением требует чрезвычайной сосредоточенности терапевта на взаимодействии с пациентом в каждый момент времени, а также на вербальных, эмоциональных и внешних поведенческих реакциях пациента. Одновременно целью выступает генерализация приобретенных навыков и их интеграция в повседневную жизнь. Терапия на этом этапе очень напоминает психодинамическую и клиент-центрированную, хотя предлагаемые интерпретации поведения могут сильно отличаться. Еще больше точек соприкосновения можно найти у третьего этапа ДПТ с функциональной аналитической психотерапией (*Kohlenberg & Tsai, 1991*).

На третьем этапе также проводится работа над любыми другими остаточными проблемами, с которыми пациент не может справиться без помощи терапевта. На этом этапе, так же как в любой другой терапии, происходит завершение задач. Самыми важными становятся предпочтения пациента и навыки терапевта. Например, мои пациентки должны были заводить больше друзей, решать проблемы на работе, выбирать карьеру или принимать решения по поводу своей дальнейшей жизни, учиться справляться с хронической физической болью. Таким образом, работа над повышением самоуважения может органично включаться в решение других практических задач.

Организация психотерапевтических сеансов с помощью целевых приоритетов

Содержание и проведение сеанса индивидуальной психотерапии определяется поведением пациента в течение недели, предшествующей сеансу, и/или его поведением во время сеанса. Значимыми считаются два типа поведения. Первый тип подразумевает негативное или проблемное поведение пациента — например, со-

вершение парасуицидальных действий, слишком частые неурочные звонки терапевту, трата денег не по назначению, яркие воспоминания о раннем травматическом опыте (сексуальном насилии), непринятие собственной точки зрения во время сеанса. Второй тип включает позитивное поведение, которое указывает на прогресс пациента в направлении к целевому поведению, — например, сопротивление сильному желанию совершить парасуицидальное действие, прекращение систематических опозданий на терапию, преодоление страха и поиск работы, использование поведенческих навыков при взаимодействии с членами семьи, приверженность своей точке зрения вопреки неодобрению других людей. Терапевтическое время ориентировано на поведение пациента в данный момент времени; структура психотерапевтического сеанса имеет отчасти циркулярную организацию, в которой "вращаются" целевые фокальные точки.

Приоритетность внимания при терапевтическом взаимодействии определяется определенной иерархией (табл. 6.1). Если в течение определенной недели наблюдается либо парасуицидальное поведение, либо значительный прогресс в работе с таким поведением, эти явления следует считать более приоритетными, чем препятствующее терапии поведение. В свою очередь направленность на препятствующее терапии поведение (как проблемы, так и достижения в этой области) будет более приоритетной, чем работа над поведением, ухудшающим качество жизни, и т.д. Хотя на одном психотерапевтическом сеансе можно работать над несколькими видами целевого поведения, при дефиците времени или сложности проблемы на первый план всегда выходят более приоритетные цели, даже если при этом другие проблемы, которыми хотел бы заняться терапевт либо пациент, не получают должного внимания. Таким образом, терапевтические цели и их приоритетность в значительной степени определяют поднимаемые на сеансах темы. Разные цели, в зависимости от валентности поведения (положительной или отрицательной) и от того, насколько обсуждение данного поведения влияет на его подкрепление, могут требовать разного внимания и количества затрачиваемого времени — от простого комментария с целью привлечь внимание пациента до глубокого анализа в течение всего психотерапевтического сеанса. Естественно, смысл в том, чтобы подкрепить позитивное поведение и не допустить подкрепления негативного поведения.

Что касается отдельных целей, то ключевая задача при решении проблем — способствовать осознанному решению пациента работать над целевым поведением. Любая стратегия ДПТ оказывается более эффективной при условии сотрудничества пациента. Таким образом, если терапевт работает над поведенческой целью без активного вовлечения пациента в этот процесс, едва ли стоит ждать прогресса. Мой опыт показывает, что добиться активной поддержки от суицидальных пациентов, хотя бы на первом этапе, не очень сложно. Долгосрочный отрицательный эффект парасуицидального и суицидального поведения обычно очевиден для пациентов, а отказ поддерживать задачу устранения такого поведения ничем не обоснован. Как бы там ни было, мы просто не принимаем на терапию пациентов, если они не соглашаются с тем, что одна из ее целей — ослабление суицидального поведения. (Пока по этой причине мы отказали только одной пациентке.) Таким образом, последующий отказ от обязательств по достижению этой цели будет считаться пре-

пятствующим терапии поведением, по важности уступающим лишь угрозе совершения суицида в ближайшем будущем.

Необходимость предупредить досрочное прекращение терапии, которая способна принести результаты, также очевидна. Отсюда логический вывод: если терапия не должна прерываться, то следует устранять любое препятствующее ей поведение, если таковое имеет место. Пациенту дают следующее объяснение: если оставить такое поведение без внимания, это приведет к устойчивой неудовлетворенности либо "выгоранию" пациента, терапевта или их обоих, и приверженность к поддержанию терапевтических отношений ослабнет. Поскольку терапевтическая работа выступает "раствором", удерживающим "здание" терапевтических отношений, любое поведение, затрудняющее эту работу, будет препятствовать отношениям. Пациентов с ПРЛ зачастую отстраняют от терапии в одностороннем порядке, иногда несколько раз. Поэтому задача развития и поддержания рабочих отношений с терапевтом (терапевтами) обычно привлекает пациентов, по крайней мере в начале терапии.

Работа над целевыми проблемами требует определенных координированных терапевтических стратегий, которые подробно описываются в следующих главах этой книги. Как минимум, специалист комментирует либо возникновение проблемного поведения, либо заметный прогресс в его ослаблении. Поскольку детерминанты проблем и прогресса варьируются во времени и в разных ситуативных контекстах, каждый раз при появлении целевого проблемного поведения или заметного прогресса обычно проводится поведенческий анализ. Что касается негативного поведения, терапевт анализирует причины проблемной реакции, часто "выжимая" информацию из взгляда пациента. Что касается позитивного поведения, терапевт анализирует, как именно удалось избежать проблемного поведения. В начале терапии проведение такого анализа может растянуться на весь психотерапевтический сеанс, не оставляя времени для выполнения других задач. Однако по мере продолжения терапии время, затрачиваемое на проведение поведенческого анализа, сокращается, и терапевт может перейти к анализу решения. Последний рассматривает возможности предотвращения проблемного поведения. Затем анализ может подвести терапевта к применению любого количества терапевтических стратегий для устранения проблем, функционально связанных с выбранным проблемным поведением. Более подробное описание того, как работать над целевым поведением, я дам при обсуждении индивидуальных терапевтических стратегий. Одна из них — стратегия целеполагания, разновидность стратегий структурирования — относится к распределению времени терапии и внимания между различными целями (подробнее об этом — в главе 14).

Сопротивление пациента и терапевта обсуждению целевого поведения

Невозможно переоценить то, насколько важно в ДПТ посвящать время и внимание непосредственно видам целевого поведения в соответствии с иерархией их приоритетности. Это определяющая характеристика ДПТ. Однако исходя из своего опыта обучения и супервизии ДПТ могу сказать, что этот терапевтический аспект оказывается самым трудным для многих терапевтов. Обычно ни пациент, ни терапевт не хотят сосредоточивать терапию на приоритетных целях по вполне определен-

ным причинам. Обсуждение приоритетных тем часто приводит к немедленному отрицательному подкреплению как для пациента, так и для терапевта. У терапевта, работающего в одиночку, без поддержки, скорее всего, сформируется паттерн поочередного перехода от угождения пациенту до атак на него, когда дело будет касаться приоритетных тем. Если такой паттерн закрепляется, терапия, вероятнее всего, приобретет настолько выраженный характер отрицательного подкрепления, что одной из сторон придется прервать отношения в одностороннем порядке. Задача консультативной группы ДПТ — удерживать направленность индивидуального терапевта на поведение высокой приоритетности в контексте подхода принятия, направленного на решение проблем.

Сопротивление пациента

Пациенты обычно не хотят обсуждать собственное дисфункциональное поведение с точки зрения решения проблем. Например, мне еще не приходилось встречать пациентов, которые на сеансах индивидуальной психотерапии любили бы рассказывать о своем парасуицидальном поведении. Пациент может захотеть поговорить о проблеме, которая "вызвала" такое поведение, или завести задушевный разговор о своих чувствах по отношению к этому поведению или связанных с ним событиях. Однако ему едва ли захочется подробно обсуждать детали поведенческих и средовых событий, которые предшествовали парасуицидальным действиям и следовали за ними, а затем составлять список видов поведения, которые могут заменить парасуицидальное поведение в будущем. Некоторые пациенты не только не хотят говорить о суицидальном поведении как таковом, но и о чем-либо, что с ним ассоциируется. Часто это бывают эмотивно-фобические индивиды, которые боятся, что обсуждение проблем вызовет крайне негативный аффект.

Пациенты с ПРЛ могут сопротивляться обсуждению своего парасуицидального поведения по некоторым другим причинам. После того как парасуицидальное поведение имело место, пациенты часто "переходят" к новым проблемам. Направленность на поведение, которое осталось в прошлом, не связана с теми проблемами, которые пациент хотел бы обсудить во время психотерапевтического сеанса. Иногда пациенты с ПРЛ слишком стыдятся своего парасуицидального поведения, чтобы обсуждать его. Или же аналитический, основанный на фактах подход к поведению, использующийся в ДПТ, может заставить пациента почувствовать, что его эмоциональные страдания игнорируются. Идея специалиста о том, что парасуицидальное поведение можно заменить другим, функциональным, может быть воспринята пациентом как обвинение и критика, что вызовет у последнего сильную тревогу, панику или гнев на терапевта. Однако нельзя забывать, что обсуждение парасуицидального поведения пациента необходимо проводить каждый раз, когда оно имеет место в промежутках между психотерапевтическими сеансами. Неподчинение этому терапевтическому требованию квалифицируется как препятствующее терапии поведение (по крайней мере в ДПТ), поэтому в свою очередь тоже подлежит обсуждению на психотерапевтическом сеансе.

Как правило, пациенты с ПРЛ не хотят обсуждать и препятствующее терапии поведение — во всяком случае тогда, когда именно их поведение препятствует терапии. Причины этого часто подобны причинам, заставляющим пациентов укло-

няться от обсуждения парасуицидального поведения, которые обсуждались выше. Желание пациентов обсуждать свое ухудшающее качество жизни поведение в значительной мере зависит от согласия пациента с тем, что этот поведенческий паттерн действительно стал проблемным; если пациент не согласен с этим, можно ждать от него сопротивления. В подобной ситуации терапевт должен быть готов к возможности того, что он неправильно оценил действительное влияние данного вида поведения на жизнь пациента. Если данное поведение не представляет собой серьезного препятствия для достижения удовлетворительного качества жизни, оно не должно рассматриваться как приоритетное. Хотя между терапевтом и пациентом могут возникнуть серьезные расхождения в оценке определенного поведения, лучший курс действий для терапевта в такой ситуации — добиться синтеза обеих точек зрения.

Пациенты могут также сопротивляться обсуждению своего позитивного поведения. Иногда они считают, что есть более насущные проблемы для обсуждения; в этом случае, чтобы подкрепить позитивное поведение, следует прислушаться к предпочтениям пациента. В других ситуациях пациент может бояться, что если его успех будет замечен, к нему предъявят повышенные требования. Или же пациент может чувствовать себя некомфортно из-за убеждения, что он не заслужил похвал. Для многих пациентов прогресс ассоциируется с завершением терапии и окончанием терапевтических отношений. Несколько последних случаев рассматриваются как препятствующее терапии поведение, поэтому по своей важности уступают только анализу парасуицидального или кризисного суицидального поведения, которое имело место в промежутках между психотерапевтическими сеансами. Сохранение направленности обсуждения — мощная стратегия управления кризисными ситуациями (подробнее об этом — в главе 10).

Сопротивление терапевта

Некоторые терапевты испытывают постоянные трудности с поддержанием направленности терапевтических сеансов. Это особенно характерно в тех случаях, когда специалиста обучали недирективной терапии. Некоторые пациенты могут сделать поддержание направленности терапии трудным делом для любого клинициста. Эти пациенты могут замыкаться и отказываться говорить с терапевтом, односложно отвечать на вопросы: “Не знаю”, “Не важно”, угрожать суицидом, приходить в сильное возбуждение или реагировать каким-либо другим отрицательным подкреплением. (Все эти реакции пациента, конечно же, квалифицируются как препятствующее терапии поведение.)

Некоторые терапевты не хотят слышать о дисфункциональном поведении своих пациентов. Негативные отчеты могут подрывать их мнение о своей профессиональной компетентности или напоминать им о собственных поведенческих проблемах либо проблемах их близких. Одна женщина-терапевт, супервизором которой я была, рассказывала мне, что ей не нравится слышать от кого бы то ни было о “странном” поведении. Другие терапевты боятся, что вынужденное обсуждение неприятных тем, особенно суицидального поведения, усугубит суицидальность пациентов. Третьи считают, что пациенты и без того несчастны, зачем сыпать им соль на раны, навязывая обсуждение болезненных событий? Подобные реакции терапевтов рассматриваются в ДПТ как случаи препятствующего терапии поведе-

ния. Такое поведение терапевтов может облегчить состояние пациентов на короткий срок, однако изменения долговременного плана требуют, чтобы приоритетным проблемным поведением занимались серьезно и непосредственно.

Интересно, что многие терапевты тоже не хотят обсуждать препятствующее терапии поведение пациентов непосредственно с ними. В моем опыте супервизии многие терапевты откладывали обсуждение проблемного поведения пациентов до тех пор, пока не наступало "выгорание" и пока не становилось слишком поздно. Терапевты могут легко обсуждать проблемное поведение пациентов с супервизорами, но не с пациентами. Обычно такие терапевты считают, что "нетерапевтические" реакции на пациентов (например, чувство гнева, "выгорание", нежелание продолжать терапию) свидетельствуют об их собственной ущербности. ДПТ занимает иную позицию — такие реакции считаются показателем проблем в терапевтических отношениях, иначе говоря, препятствующее терапии поведение продолжается. За редким исключением, подобные вопросы обсуждаются с пациентами прямо, с точки зрения решения проблем. Подробнее об этом говорится в главах 9 и 15. Подобно пациентам, терапевты зачастую не желают обсуждать свое препятствующее терапии поведение или работать над его устранением. Некоторые терапевты могут мастерски переводить жалобы пациентов на их (специалистов) поведение в разговор о чрезмерных требованиях, обидчивости пациента и т.п.

Цели индивидуальной психотерапии и дневниковые карточки

Как терапевт может узнать о парасуицидальных действиях и другом целевом поведении пациента, которое имело место в промежутках между психотерапевтическими сеансами? Конечно, можно просто задать пациенту соответствующие вопросы. Это очень просто делать, если негативное приоритетное поведение случается довольно часто или редко имеет место позитивное поведение. Например, если начинающий пациент каждый день наносит себе порезы и нуждается в помощи, чтобы прекратить это поведение, терапевту не составит труда задавать пациенту соответствующие вопросы в начале каждого сеанса. Однако мой личный опыт показывает, что терапевту все труднее и труднее спрашивать о таком поведении, которое не наблюдалось в течение нескольких недель или месяцев. Например, если пациент перестал злоупотреблять алкоголем или принимать наркотики, терапевт чувствует себя в глупом положении, когда ему каждую неделю приходится спрашивать, не сорвался ли тот, не вернулся ли к пагубной привычке. Если терапия сосредоточивается на повышении использования поведенческих навыков и пациент усердно применяет необходимые навыки, терапевту может быть трудно раз за разом требовать отчета о прогрессе. Однако по опыту я знаю, что пациент едва ли станет спонтанно говорить о проблемах с наркотиками и алкоголем. Он может сообщать или не сообщать о парасуициде в зависимости от того, выполняет ли парасуицидальное действие коммуникативную функцию. И если пациент забрасывает работу над поведенческими навыками, он вряд ли будет считать это проблемой и станет сообщать об этом терапевту.

Самое простое решение этих трудностей — обязать пациента каждую неделю заполнять дневниковые карточки, чтобы ежедневно получать информацию о зна-

чимом поведении. Образец дневниковой карточки ДПТ представлен на рис. 6.1. Карточка включает информацию о видах и количестве алкогольных напитков, употребляемых ежедневно; видах и количестве предписанных и нелегальных наркотиков, принятых пациентом; а также о степени суицидальной идеации, побуждения к совершению парасуицидальных действий и о совершении таковых. Также в карточку заносится информация об объеме ежедневной отработки поведенческих навыков. Карточка может использоваться для различных целей, однако основной целью остается выяснение информации о целевом поведении, которое имело место в течение прошедшей недели. Если дневниковая карточка содержит информацию о совершении парасуицидального действия, это фиксируется и обсуждается. Если информация в карточке указывает на чрезвычайно интенсивную суицидальную идеацию, состояние пациента оценивается с тем, чтобы выяснить степень суицидального риска. Если появляется паттерн злоупотребления алкоголем или употребления наркотиков, он подлежит обсуждению (как ухудшающее качество жизни поведение). Отказ от приема предписанных медикаментов может расцениваться как препятствующее терапии поведение. Если пациент не приносит карточку или не заполняет ее должным образом, это расценивается как препятствующее терапии поведение и обсуждается как таковое. Наконец, карточка содержит столбцы без наименования для фиксирования любого другого поведения, если пациент и терапевт сочтут это необходимым. Как правило, по крайней мере в начале терапии, эти колонки используются для записи проявлений иных видов ухудшающего качество жизни поведения. Например, мои пациенты ежедневно отмечали время, посвященное работе; время, потраченное на фантазии; случаи булимии*; объем физической нагрузки; количество неприятных ситуаций, когда они преодолели желание уклониться от них; и количество диссоциативных событий.

Пациенты заполняют дневниковые карточки на протяжении как минимум двух первых этапов терапии. Когда проблемы с парасуицидом, алкоголем и наркотиками решаются, пациенты обычно начинают отказываться от дальнейшего заполнения карточек. Тем не менее, поскольку высока вероятность того, что эти виды проблемного поведения вернутся при работе над посттравматическим стрессом, пациентам нужно продолжать записи до третьего этапа терапии. После этого терапевт и пациент обсуждают необходимость дальнейшего заполнения карточек и принимают взвешенное решение. Это не значит, что терапевт и пациент не могут говорить об этом после окончания первого этапа терапии или во время ее второго этапа. По мере того, как пациент осваивает навыки уверенного поведения, он может все чаще применять эти навыки непосредственно на психотерапевтических сеансах. Дневниковые карточки — прекрасный повод для такой практики. Одна из моих пациенток принципиально отказывается заполнять карточки, когда я уезжаю из города. Если я уезжаю в отпуск, то и она имеет право на отдых. Что ж, мне это кажется справедливым.

---

* Булимия (от греч. *bus* — бык, *limos* — голод) — патологически усиленный, чрезмерный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода. После неконтролируемого поглощения пищи в объемах, значительно превышающих нормальные, индивид испытывает отрицательные эмоции по отношению к самому себе за допущенную слабость, поэтому освобождается от съеденного путем рвоты. — *Примеч. ред.*

Дневниковая карточка ДПТ

Имя:	Дата начала:

Дата	Алкоголь		Медикаменты, которые отпускаются без рецепта врача		Медикаменты, которые отпускаются только по рецепту врача		Незаконные наркотики		Суицидальная идеация (0–5)	Страдания (0–5)	Членовредительство						Исполь-зованные навыки (0–7)*
	#	Уточнить	#	Уточнить	#	Уточнить	#	Уточнить			Побуждения (0–5)	Действия (да/нет)					
Понедельник																	
Вторник																	
Среда																	
Четверг																	
Пятница																	
Суббота																	
Воскресенье																	

*

0 = Не думала о навыках и не использовала	3 = Старалась, но не смогла применить навыки	6 = Не старалась, использовала навыки, они не помогли
1 = Думала о навыках, не использовала, не хотела применять	4 = Старалась, смогла применить навыки, но они не помогли	7 = Не старалась, использовала навыки, они помогли
2 = Думала о навыках, не использовала, но хотела	5 = Старалась, смогла применить навыки, они помогли	

Рис. 6.1. Лицевая сторона дневниковой карточки ДПТ. Пустые колонки справа дают пациенту возможность фиксировать другие виды поведения кроме упомянутых; какие именно, пациент решает вместе с терапевтом

Тренинг навыков: иерархия целей

Основная направленность тренинга навыков, по определению, это приобретение и укрепление поведенческих умений. Тренинг навыков в ДПТ включает четыре модуля, посвященных психической вовлеченности, перенесению дистресса, межличностной эффективности в конфликтных ситуациях и эмоциональной регуляции. Иерархия целей при тренинге навыков представлена в табл. 6.3. Сами цели и принципы их приоритетности подробно обсуждаются в "Руководстве по тренингу навыков...", поэтому я не буду говорить об этом сейчас. Однако важно запомнить, что иерархия целей при тренинге навыков отличается от иерархии целей в индивидуальной психотерапии.

Таблица 6.3. Иерархия первичных целей в тренинге навыков ДПТ

1. Прекращение поведения, которое может расстроить терапию.
2. Приобретение навыков, их закрепление и генерализация:
   а) "основные" навыки психической вовлеченности;
   б) межличностная эффективность;
   в) эмоциональная регуляция;
   г) перенесение дистресса.
3. Ослабление препятствующего терапии поведения.

Поддерживающие группы: иерархия целей

В отличие от тренинга навыков, где процессуальным вопросам уделяется чрезвычайно мало внимания, поддерживающие группы в ДПТ используют поведение, которое имеет место во время групповых занятий — т.е. групповой процесс, — как средство для достижения изменений. Принципиальными целями выступают такие виды поведения пациента во время психотерапевтического сеанса, которые указывают на его проблемы вне группы. Это принципиально важно для эффективности терапии. Обучение пациентов поведению, которое делает их хорошими членами группы, но не функционально за ее пределами, в повседневной жизни, приносит пациентам только вред. Поскольку повестка дня в поддерживающих группах контролируется клиницистом намного меньше, чем в любых других формах ДПТ, иерархия целей соблюдается не столь жестко. Однако с помощью ориентации пациентов на терапию, а также комментариев и вопросов во время сеансов клиницист может оказать некоторое влияние на направленность терапии и на подкрепление определенных видов поведения.

Иерархия целей в поддерживающих группах представлена в табл. 6.4. Самая важная категория целей — препятствующее терапии поведение (например, непосещение сеансов, опоздание, пропуски по причинам, которые нельзя считать уважительными, несоблюдение обязательств, нарушение групповых правил, замыкание, агрессивное поведение по отношению к другим членам группы и т.д.). В индивидуальной ДПТ и группах тренинга навыков терапевт несет основную ответственность за работу над этими проблемами. И наоборот, препятствующее терапии поведение членов поддерживающих групп или терапевта дает пациентам возможность работать над достижением второй по важности цели — над закреплением использова-

ния межличностных навыков, особенно при разрешении конфликтных ситуаций. Третий класс целей включает любые другие поведенческие паттерны, проявляющиеся при групповых взаимодействиях, которые могут препятствовать (как поведение, которое подлежит ослаблению) или способствовать (как поведение, подлежащее усилению) улучшению качества жизни того или иного пациента.

Таблица 6.4. Иерархия первичных целей в поддерживающих группах ДПТ

1. Ослабление препятствующего терапии поведения.
2. Закрепление навыков межличностного общения.
3. Закрепление поведения, способствующего улучшению качества жизни, и ослабление поведения, ухудшающего качество жизни:
   а) эмоциональная реактивность;
   б) непринятие своих чувств;
   в) вызывающее кризис поведение;
   г) сдерживаемое переживание горя;
   д) активная пассивность;
   е) зависимость поведения от настроения.

Телефонные консультации: иерархия целей

Цели телефонных консультаций с пациентами определяются тем, кому звонит пациент: основному, или индивидуальному, терапевту; основному ведущему тренинга навыков; вспомогательному ведущему. Иерархия целей представлена в табл. 6.5.

Таблица 6.5. Иерархия первичных целей телефонных консультаций

Звонки основному терапевту

1. Ослабление кризисного суицидального поведения.
2. Усиление генерализации поведенческих навыков.
3. Ослабление ощущения конфликта, отчужденности, отстраненности от терапевта.

Звонки ведущим тренинга навыков и другим специалистам

Ослабление поведения, способного расстроить терапию.

Звонки основному терапевту

В ДПТ поощряются звонки основному терапевту в промежутках между психотерапевтическими сеансами. (Если вы сразу же начинаете беспокоиться о том, что вам придется принимать слишком много звонков, помните, что чересчур частые звонки терапевту считаются препятствующим терапии поведением.) Чтобы понять иерархию целей для телефонных бесед, терапевту нужно усвоить три причины того, почему в ДПТ поощряются телефонные консультации. Во-первых, для пациента, которому трудно прямо просить о помощи и который вместо этого совершает суицидальную попытку — "крик о помощи" — либо страдает от иных отрицательных последствий своих трудностей, звонок специалисту как таковой уже может быть опытом изменения дисфункционального поведения. Это дает терапевту возможность вмешаться и предотвратить или остановить суицидальное поведение.

Во-вторых, пациент часто нуждается в помощи для генерализации поведенческих навыков ДПТ и их применения в повседневной жизни. Телефонная консульта-

ция может обеспечить обучение пациента, необходимое для успешной интеграции навыков. Функции основного терапевта в ДПТ можно сравнить с деятельностью баскетбольного тренера в средней школе. Сеансы индивидуальной психотерапии напоминают ежедневные тренировки после занятий, где учеников обучают основным правилам и навыкам игры. Телефонные беседы, наоборот, ближе к взаимодействию тренера со своими игроками во время настоящей игры. Тренер помогает своим подопечным вспомнить и применить то, что они освоили во время тренировок. Трудно представить, что тренер может не прийти на игру, если играет его команда, или может не помогать своим подопечным советами. Ни один тренер не сказал бы, что это не входит в его обязанности, что необходимость поддерживать игроков делает их зависимыми или что просьба о совете со стороны баскетболистов означает враждебное отношение к нему, тренеру.

В-третьих, если в близких отношениях возникают межличностные конфликты или кризисные ситуации, это не означает, что человек, испытывающий трудности, для разрешения проблем должен ждать столько времени, сколько назначит другой участник отношений. Телефонные звонки в этой ситуации дают возможность укрепить межличностные отношения пациента и терапевта, а также уравновесить распределение власти. В некоторых терапевтических школах* это называется "наделением пациента полномочиями".

Три названные причины, обусловливающие необходимость телефонных звонков, диктуют цели. Последние располагаются следующим образом по степени важности: 1) ослабление кризисного суицидального поведения; 2) повышение частоты применения навыков в повседневной жизни; 3) разрешение межличностных кризисов, отчуждения или остраненности между пациентом и терапевтом. Как и при других взаимодействиях с пограничными пациентами, зачастую терапевту может быть очень трудно удерживать телефонный разговор в нужном русле. Что касается кризисного суицидального поведения, основной акцент делается на оценке риска и использовании модели решения проблем для выявления альтернативного поведения. Как правило, такое решение проблем приводит к обсуждению того, как пациент может применить поведенческие навыки ДПТ в своей нынешней ситуации. Или же, если проблема заключается в отношениях с терапевтом, беседа может коснуться этой темы. Однако самое главное при телефонном консультировании пациента — предотвратить непосредственную угрозу для его жизни.

Что касается генерализации навыков, типичный вопрос диалектико-поведенческого терапевта звучит следующим образом: "Какие навыки вы могли бы использовать в этом случае?" Таким образом терапевт постоянно поддерживает направленность беседы на то, как пациент может применить полученные навыки, чтобы совладать со своими проблемами до тех пор, пока не наступит время очередного психотерапевтического сеанса. Главная задача — по крайней мере в начале терапии — подвести пациента к практическому применению навыков, обеспечивающих перенесение дистресса (включая навыки кризисного выживания). Анализ имеющегося на данный момент кризиса и выработка решений — это направленность, характерная для психотерапевтических сеансов, но не телефонных консультаций; разрешение проблемы или кризиса определенно не является целью телефонных

* Имеется в виду так называемый феминистический подход. — *Примеч. ред.*

бесед. Очень важно, чтобы терапевт помнил это правило и следовал ему, поскольку решение проблем — главная задача пациента во время телефонной консультации со специалистом.

Пациенты с ПРЛ часто испытывают гнев или отчужденность по отношению к терапевту; психотерапевтические сеансы могут провоцировать эти чувства. Кроме того, подобные реакции пациентов на взаимодействие с терапевтом могут быть отсроченными. Таким образом, эмоции гнева, печали, отчужденности иногда проявляются только спустя некоторое время после психотерапевтического сеанса. В такой ситуации будет уместен звонок специалисту. Цель такого звонка, с точки зрения ДПТ, — снять чувство отчужденности или отстраненности от терапевта. Задача терапевта в такой ситуации — помочь пациенту в этой проблеме и в то же время не допустить подкрепления дисфункционального поведения. Подробнее я рассказываю об этом в главе 15. В начале терапии телефонные консультации не только бывают весьма частыми, но и занимают много времени. Терапевтическая стратегия соблюдения границ, которая обсуждается в главе 10, может быть особенно важна, чтобы не допустить "выгорания" терапевта. По мере терапевтического прогресса и укрепления доверия во взаимоотношениях как частота, так и продолжительность телефонных консультаций должна сокращаться.

Звонки ведущим тренинга навыков и другим специалистам

Хотя ведущий тренинга навыков может казаться именно тем человеком, которому следует звонить по вопросам применения навыков в повседневной жизни, в ДПТ, где тренинг навыков проводится групповым способом, пациент должен обращаться за этим к своему индивидуальному терапевту. Как правило, основной терапевт может гораздо лучше судить о способностях и трудностях своих подопечных на данном этапе, поэтому находится в более выгодной позиции для того, чтобы требовать от пациентов "заметного улучшения" и подкреплять его. В других условиях в таком правиле может не быть необходимости. Например, если тренинг навыков проводится индивидуально, звонок проводящему его терапевту — для получения помощи в применении навыков вне терапевтического контекста — может быть вполне оправданным. Если терапией занимается персонал среднего звена, что характерно для стационарных отделений и дневного стационара, они же могут проводить консультации по генерализации навыков. Вторая цель в таких случаях — применение навыков в повседневной жизни.

Единственное предназначение телефонной консультации в моей программе, с точки зрения ведущего тренинга навыков, — удержать пациента от преждевременного оставления тренинга, т.е. ослабить любое препятствующее терапии поведение. Само собой разумеется, что для достижения этой цели нужно устранить угрозу для жизни пациента, которую может представлять его поведение. Подобную позицию занимают и другие специалисты, принимающие участие в программе ДПТ, включая руководителя программы. Единственная оправданная направленность терапии при этом — проблемы, угрожающие продолжению терапии. Всеми остальными проблемами занимается индивидуальный терапевт.

Если пациент звонит ведущему тренинга навыков, либо любому другому терапевту, включая руководителя программы, для получения помощи в разрешении

кризисной ситуации или применении навыков, этот специалист направляет пациента к его индивидуальному терапевту и помогает ему с навыками перенесения дистресса до тех пор, пока тот не свяжется со своим основным терапевтом. Если пациенту угрожает непосредственная опасность суицида, терапевт делает все необходимое, чтобы обеспечить безопасность пациента, затем передает контроль над ситуацией индивидуальному терапевту. Подробности можно найти в "Руководстве по тренингу навыков..."

Целевое поведение и направленность психотерапевтического сеанса: что контролировать?

Если пациент не хочет обсуждать приоритетное целевое поведение, перед терапевтом встает необходимость контролировать направленность терапии вопреки желаниям пациента. ДПТ требует, чтобы терапевт твердо придерживался именно той иерархии целей, которая соответствует определенному типу психотерапевтического сеанса. Хотя порой это может вызвать противостояние терапевта и пациента, отвлекающее внимание от более насущных проблем, такие обострения возникают далеко не всегда. Терапевт должен помнить о целом ряде важных моментов и уделять им внимание. Самый важный из них состоит в том, что терапевт должен верить в необходимость непосредственно заниматься приоритетным проблемным поведением. Другими словами, терапевт должен верить в эффективность решения проблем применительно к такому поведению. Очевидно, что пациент обычно не верит в такой подход, часто "наказывает" терапевта за его настойчивость и подкрепляет переход на другие темы. Если и терапевт не верит в необходимость и эффективность непосредственного противостояния проблемному поведению, ему будет очень трудно сопротивляться давлению пациента и не перейти к обсуждению других тем. Единственное правильное решение в такой ситуации — неукоснительно поддерживать направленность на достижение долговременных целей, а не на достижение кратковременного спокойствия во время психотерапевтического сеанса (т.е. терапевт практикует стратегии кризисного выживания, которым пациента обучают в рамках модуля перенесения дистресса).

Хотя приоритетное поведение не обязательно должно быть самой первой темой, обсуждаемой во время психотерапевтического сеанса, его нельзя игнорировать. Если терапевт соглашается обсуждать что-либо другое, он тем самым может невольно подкреплять паттерн избегания; и наоборот, настаивая на обсуждении приоритетного поведения, специалист тем самым искореняет поведение избегания. Иногда пациент может реагировать на настойчивость специалиста отчужденностью, отказом говорить, нападками на терапевта или терапию либо другими поведенческими эксцессами. Если такое поведение оказывается действенным — т.е. если пациенту удается удержать терапевта от обсуждения приоритетного поведения, — терапевт неосознанно поощряет дисфункциональный стиль пациента, который в данном случае проявляется в поведении сопротивления. Это очень напоминает спасение замерзающего человека, которому больше всего хочется лечь и заснуть. Если мы действительно хотим, чтобы этот человек выжил, мы не дадим

ему спать, наоборот, мы будем заставлять его двигаться. (Это сравнение можно применить и в беседе с пациентом, чтобы добиться от него сотрудничества.)

Самое главное здесь — сочетание неуклонной твердости и отказа уступать пациенту, с одной стороны, и столь же последовательной поддержки и утешения — с другой (подробнее об этом — в главе 10). Утешение в данном случае может состоять в ориентировании пациента на важность обсуждения приоритетного поведения, напоминании пациенту о его решении работать над этим поведением, обсуждении частоты и продолжительности обсуждения нежелательных тем и признании трудностей, которые пациент испытывает при таком подходе. Последовательная неуступчивость означает продолжение поведенческого анализа и анализа решений, восприятие каждой реакции пациента в ее номинальном значении, поддержание необходимой направленности и при этом доброе отношение и внимание к пациенту. По опыту могу сказать, что как только пациент усваивает правила и понимает, что терапевт ни в коем случае не позволит избегать приоритетного поведения, случается одно из двух: либо пациент работает над таким поведением настолько эффективно, что потребность в его обсуждении отпадает, либо он подчиняется терапевтическим принципам.

Изменение иерархий целей в других условиях

Не существует никакой априорной причины для того, чтобы не варьировать определенные цели или их распределение. Иерархии, описанные выше, были действенными в условиях амбулаторного лечения, однако в других условиях может быть показано изменение в распределении целей и их приоритетности. Любая программа, занимающаяся разработкой терапевтических планов с конкретными поведенческими целями, совместима с подходом ДПТ. Однако в некоторых условиях терапевтические цели вследствие необходимости будут более ограниченными, чем в полной программе ДПТ, хотя снижение суицидального риска и ослабление препятствующего терапии поведения должны быть основными целями в любых условиях.

Ответственность за ослабление суицидального поведения

С моей точки зрения, основной терапевт на первое место всегда должен ставить ослабление суицидального поведения, включая парасуицид. Основной терапевт не может преуменьшать значение этой цели или игнорировать ее. При терапии кризисного суицидального поведения основным ответственным за ослабление суицидального поведения может быть индивидуальное контактное лицо либо любой другой человек, достаточно близкий пациенту. Вследствие кратковременности кризисной терапии ответственным может становиться всякий, кто занимает определенную должность или позицию, а не какой-то конкретный человек. Например, обязанности индивидуального контактного лица могут каждый день выполняться другим человеком или одним и тем же человеком в течение определенного периода. В идеале при стационарном лечении с пациентом работает тот же терапевт, который занимается с ним индивидуальной амбулаторной терапией. В условиях дневного стационара это может быть специалист, отвечающий за определенных пациентов. Главное, что кто-то должен применить терапевтические стратегии, на-

правленные непосредственно на суицидальное поведение, если оно имеет место. или в случае угрозы такового. Суицидальное поведение нельзя игнорировать.

В моей клинике единственным лицом, непосредственно работающим над ослаблением суицидального поведения, выступает индивидуальный терапевт. Все прочие члены терапевтического коллектива обеспечивают тот минимум, который необходим для сохранения жизни пациента. Кроме того, они могут использовать суицидальный или парасуицидальный кризис как возможность применения пациентом усвоенных навыков (например, навыков перенесения дистресса вместо парасуицидального поведения) до тех пор, пока на помощь не придет индивидуальный терапевт. Во всех других случаях все члены терапевтического коллектива направляют пациента к его индивидуальному терапевту, который работает с ним над ослаблением суицидального поведения, в том числе обучает самоуправлению в кризисных ситуациях.

Другие специалисты, использующие ДПТ, разработали собственные системы. Например, весь персонал среднего звена (медсестры, фельдшеры и т.п.) может реагировать на суицидальное или парасуицидальное поведение, немедленно применяя стратегии решения проблем. Если терапия подразумевает встречи пациентов и терапевтического персонала, то над парасуицидальным поведением может работать буквально вся клиника или все отделение. Например, одним из аспектов еженедельной программы может быть обзор поведенческого анализа и анализа решений каких-либо парасуицидальных случаев, произошедших за неделю. Что касается поддерживающих групп, в таком анализе могут принимать участие все их члены. Даже если цели остаются именно такими, как я описывала в случае амбулаторной ДПТ, распределение ответственности за определенные цели будет варьироваться в зависимости от терапевтических условий. В целом в принципах ДПТ нет ничего такого, что запрещало бы подобные изменения, если каждый член терапевтического коллектива имеет ясное представление о целях изменений, границах и правилах. Наиболее уместный принцип в этом случае — применять такие стратегии изменений, которые не будут подкреплять подлежащее устранению поведение (подробнее об этом — в главах 10 и 15).

Ответственность за другие цели

В зависимости от условий и продолжительности терапии ее цели могут представлять собой сочетание целей, общих для всех пациентов и условий (например, развитие навыков, получаемых путем прохождения группового тренинга), а также индивидуализированных целей, разработанных для каждого пациента. У каждого пациента может быть индивидуальный набор видов целевого поведения, ухудшающего качество жизни. Судя по моему опыту, важный вид поведения, над которым можно эффективно работать при кризисной стационарной терапии, — активная пассивность по отношению к кризисным ситуациям (например, поиску нормального жилья и т.п.). Поскольку суицидальное поведение может возобновляться в результате первых попыток терапии посттравматического стресса, вызванного сексуальным насилием, особенно когда терапевтические стратегии включают терапевтическую экспозицию ассоциирующихся со стрессом раздражителей, стационарное отделение часто становится идеальной средой для если не всей, то большей части

работы над этим поведением. При структурированном лечении алкоголизма и наркомании первичной целью будет, естественно, уменьшение употребления алкоголя и наркотиков. И в других контекстах, помимо амбулаторной терапии, целью будет выступать какая-либо вариация поведенческих навыков, приобретаемых в рамках ДПТ. Например, нередко проводится групповой тренинг навыков уверенного поведения, когнитивных навыков снижения депрессии, управления гневом и т.п.

Определение целей для других форм терапии

Как я уже упоминала, в моей клинике ДПТ проводится в таких формах, как индивидуальная психотерапия, групповой тренинг навыков, поддерживающие группы, телефонное консультирование и консультации для терапевтов. Однако в некоторых контекстах могут быть важны иные формы терапии. Например, в условиях стационара и дневного стационара терапия может проводиться персоналом среднего звена. Еще одна форма терапии — встречи лечащего персонала и пациентов. Консультирование по вопросам профессии и карьеры, группы здоровья, занятия в вечерней школе и т.п. тоже могут быть важными формами терапии в определенных условиях. Для общественного здравоохранения имеют значение такие формы, как управление отдельными случаями, программы кризисной помощи нуждающимся, кабинеты круглосуточного приема. Самое главное, что независимо от формы терапии важно составить четкий и упорядоченный список терапевтических целей по степени важности, который должен соответствовать данной форме. Это не означает, что между разными формами не может быть точек соприкосновения. Например, как программы кризисной помощи нуждающимся, так и круглосуточные кабинеты могут прежде всего заниматься текущим суицидальным поведением, а во вторую очередь — генерализацией навыков.

В стационарном отделении при Корнелльском медицинском центре, которым управляет Чарльз Свенсон, группы тренинга навыков ДПТ стали составной частью терапии. Кроме того, назначен штатный консультант по навыкам, что стало нововведением. Этот консультант имеет определенные часы приема, и пациенты могут обращаться к нему с вопросами и проблемами относительно применения усвоенных навыков. Таким образом, генерализация поведенческих навыков — основная цель для консультанта, а не индивидуального терапевта. Такой подход особенно эффективен, если индивидуальный терапевт не занимается ДПТ.

ДПТ все больше применяется при терапии, осуществляемой персоналом среднего звена. Успех такого применения тесно связан с четкой постановкой целей для персонала среднего звена и организацией стратегий ДПТ, которая соответствует этим целям. Иерархия целей может выглядеть следующим образом: 1) предотвращение парасуицида и суицида; 2) ослабление поведения, препятствующего функционированию лечебного отделения и его слаженности; 3) способствование генерализации поведенческих навыков ДПТ и их применению в стационарном отделении; 4) ослабление поведения, ухудшающего качество жизни, и усиление поведения, улучшающего качество жизни.

Границы в стационарном отделении, касающиеся суицидального поведения пациентов и препятствующего терапии поведения, могут отличаться от границ, устанавливаемых индивидуальным терапевтом. Непосредственный контроль поведе-

ния пациентов может иметь большее значение отчасти и потому, что этого ожидает сообщество. Таким образом, персонал среднего звена может разработать правила и виды поведения в стрессовых ситуациях, которые будут отличаться от правил, установленных индивидуальным терапевтом. Эти правила могут отражать заботу специалистов среднего звена о благополучии не только индивидуальных пациентов, но и всего отделения в целом. Вероятно, потребуется определить более специфические и привязанные к данному контексту категории препятствующего терапии поведения, чтобы это поведение (со стороны как терапевтического персонала, так и пациентов) было своевременно замечено. В условиях долгосрочного стационарного лечения специалисты среднего звена могут нести основную ответственность за генерализацию навыков. В таких условиях пациент скорее обратится к медсестре, а не к индивидуальному терапевту. Как и при терапии в поддерживающей группе, ценность подобного подхода будет определяться эффективностью вне группы поведения, которое действенно внутри группы. Обучение пациента тому, как быть хорошим пациентом, не имеет первичной ценности для индивидов с ПРЛ. Мой опыт показывает, что с этой ролью многие пациенты справляются без труда.

При терапии, проводимой персоналом среднего звена, и в других контекстах имеется по крайней мере один руководитель (а иногда много руководителей). В таких случаях необходимо уточнить цели этих лиц. Как правило, они следят за соблюдением правил лечебного учреждения специалистами и пациентами. Обычно они также несут ответственность за поведение терапевтов; таким образом, их цель — обеспечение ДПТ со стороны терапевтов.

Конфликты, связанные с ответственностью за цели

Как я уже упоминала в главе 4, еженедельные консультативные встречи — форма ДПТ, предназначенная для терапевтов. Мой опыт показывает, что если этому уделяется достаточно внимания и если весь терапевтический коллектив проникается духом ДПТ и ее диалектической направленностью, конфликты вокруг ответственности за цели возникают редко и не имеют серьезного характера. Секрет такого сотрудничества — в ясном представлении о соответствии терапевтических целей определенным формам терапии, а также об иерархии целей для каждой формы терапии. Например, в стандартной ДПТ, которая применяется в моей клинике, ведущие тренинга навыков должны четко уяснить, что ослабление парасуицидального и суицидального поведения не является их приоритетной целью, за нее отвечает основной терапевт. При угрозе такого поведения ведущий тренинга навыков направляет пациента к его индивидуальному терапевту, а не занимается составлением антисуицидального контракта или госпитализацией пациента. Второй компонент сотрудничества (подробнее об этом рассказывается в главе 13) — философия ДПТ, согласно которой члены терапевтического коллектива не обязаны стремиться к единообразию по отношению к пациентам. Таким образом, если два члена терапевтического коллектива занимаются тренингом межличностных навыков и их позиции противоречат друг другу, именно пациент должен решить (с помощью своего основного терапевта), чему он будет учиться, а что придется оставить. Третья составляющая единства членов терапевтического коллектива — взаимное уважение. При возник-

новении конфликтов применяются диалектические стратегии и модель решения проблем. Однако враждебность и осуждение могут свести все усилия на нет.

И наоборот, использование пациентами вспомогательного лечения чревато многочисленными возможностями для конфликта. Психолог, к которому обращается по поводу поведенческой работы над определенной целью — например, снижение страха перед авиаполетами, — может расширить терапию и охватить такие цели, как общий страх, пассивность и избегание. Специалист по фармакотерапии может принять решение о необходимости другой формы терапии (например, госпитализации), не посоветовавшись с индивидуальным терапевтом. Психотерапевт, работающий в стационаре, может разработать другой план лечения и направить пациента на амбулаторное лечение к новому специалисту. Хотя ДПТ стремится к контролю терапевтических приоритетов у членов терапевтического коллектива, специальной программы для непосредственного воздействия на приоритеты вспомогательных терапевтов нет. В этом случае используется подход консультирования пациента, который возлагает ответственность за такое воздействие на пациента. Подробнее я рассказываю об этом в главе 13.

Заключение

Организация работы в рамках ДПТ требует двух условий: четкого понимания того, на каком этапе терапии находится пациент, и четкого понимания конкретных целей для данного пациента, а также отношения этих целей к общей терапевтической картине. Даже в том случае, если вы выступаете единственным терапевтом данного пациента, вы должны понимать ваши задачи и четко определять их на каждом психотерапевтическом сеансе. Как только вы добьетесь такой ясности, вы должны будете следовать терапевтическим принципам. Именно этот аспект оказывается самым трудным для большинства клиницистов. Наверное, невозможно следовать терапевтическим принципам, описанным в этой главе, не имея в них твердой веры. Если вы в них поверили, вы должны будете стать защитником для пациента и не допускать продолжения боли и страданий. Как сказала одна из моих студенток о ДПТ, вам нужно быть "беспощадно добрым" в своей решимости помочь пациенту измениться. Также очень полезно (если у вас эмпирический склад ума) помнить фактические данные об эффективности ДПТ.

III

Основные терапевтические стратегии

7

Диалектические терапевтические стратегии

Терапевтические стратегии ДПТ — координированные виды деятельности, тактики и процедуры, применяемые терапевтом для достижения терапевтических целей, описанных в главах 5 и 6. Стратегии также определяют роль клинициста и терапевтическую направленность и могут относиться к координированным реакциям терапевта на определенную проблему, представленную пациентом. Термин "стратегии" в ДПТ имеет такое же значение, как термины "процедуры", "протокол" и "техники" в других терапевтических школах. Лично я предпочитаю термин "стратегии", потому что он подразумевает как план действий, так и искусность в реализации этого плана. Хотя каждый комплекс стратегий включает некоторое количество составляющих, далеко не все они бывают востребованы в определенной ситуации. Важно осуществить назначение определенной группы стратегий, а не жестко следовать описанным здесь принципам их применения. Итак, данная глава посвящена определению и описанию основных стратегий ДПТ.

Основные терапевтические стратегии ДПТ схематически представлены на рис. 7.1. Они объединяются в четыре крупные категории: 1) диалектические стратегии; 2) базовые стратегии; 3) стилистические стратегии; 4) стратегии индивидуального управления. (Специфические интегративные стратегии, основанные на различных комбинациях стратегий, относящихся к данным четырем категориям, обсуждаются в последних двух главах этой книги.) Диалектические стратегии "наполняют" всю терапию и придают ей диалектическую сущность. Базовые стратегии включают стратегии валидации и стратегии решения проблем; как подразумевает само название, эти стратегии вместе с диалектическими стратегиями образуют сердце ДПТ. Стилистические стратегии определяют межличностный и коммуникативный стили, совместимые с ДПТ. Стратегии индивидуального управления относятся к взаимодействию терапевта с социальной сетью, в которую включен па-

циент, а также к его реакциям на эти взаимодействия. В каждом конкретном случае определенные стратегии будут выходить на первый план и использоваться чаще, чем остальные; вполне возможно, что в некоторых из указанных стратегий потребность будет возникать лишь изредка. Не все стратегии могут быть необходимыми или подходящими для определенного психотерапевтического сеанса; для каждой новой ситуации может потребоваться новая комбинация стратегий.



Рис. 7.1. Терапевтические стратегии ДПТ

Стратегии, описанные в этой и следующих главах, во многих аспектах несомненно близки к другим современным подходам к психотерапии. Чем эффективнее различные модели терапии — т.е. чем глубже понимание клиницистами того, что в них действенно, а что нет, — тем больше точек соприкосновения с различными подходами к терапии подобных категорий пациентов и однотипных проблем можно обнаружить. Хотя формулировка того, как и почему определенный подход становится эффективным для терапии пациентов с ПРЛ, может отличаться в зависимости от теоретической ориентации, понимание действенного терапевтического поведения более универсально. Работая над этой книгой, я прочитала все пособия по терапии ПРЛ, которые только можно было найти, как поведенческие, так и других школ. Я также находила рекомендации начинающим клиницистам по поводу того, как им следует себя вести на терапии. Я стремилась узнать, какова специфика терапевтического поведения в других школах. Если я находила составляющие терапии или стратегии, подобные таковым в ДПТ, я старалась использо-

вать похожие термины для их описания. Таким образом, большая часть настоящего пособия "списана" из других пособий. Когда я провожу практические занятия по ДПТ, терапевты (независимо от их теоретической ориентации) часто обращают мое внимание на то, что они уже применяют описанные мной стратегии в своей работе с пограничными индивидами. Я думаю, что и при чтении этой книги многие специалисты узнают собственное терапевтическое поведение.

Определение диалектических стратегий

Диалектические стратегии проникают во все аспекты лечения ДПТ. Эти стратегии вытекают из философской диалектической позиции (более подробно описанной в главе 2), согласно которой реальность рассматривается как постоянно развивающийся и меняющийся целостный процесс. Диалектические стратегии делают акцент на творческом напряжении, возникающем между несовместимыми эмоциями, а также противоположными паттернами мышления, ценностями и поведенческими стратегиями как внутри индивида, так и в системе "индивид–окружение". Как я уже неоднократно указывала, основная диалектика терапии состоит в том, что изменение происходит в контексте принятия реальности в том виде, в котором она существует. Стратегические реакции терапевта, направленные на оптимизацию диалектической напряженности, возникающей в контексте терапевтического взаимодействия, а также актуализация каждого полюса диалектической противоположности, возникающей как при терапевтическом взаимодействии, так и в повседневной жизни, стимулируют изменения. Цель этой деятельности терапевта — способствовать последующему диалектическому примирению и разрешению на все более высоких уровнях функциональности и эффективности. Жесткая привязка терапевта либо пациента к любому из диалектических полюсов ведет к стагнации, повышает напряженность и препятствует диалектическому примирению и синтезу [1].

Диалектический фокус терапии включает два уровня терапевтического поведения. Хотя они могут иметь место в одно и то же время, они, тем не менее, отличаются перспективой и применением. Во-первых, специалист чутко реагирует на диалектическую напряженность и баланс в терапевтических отношениях. В этом случае в центре внимания находится терапевтическое взаимодействие и прогресс в отношениях. Терапевт уделяет внимание диалектике взаимоотношений, комбинируя стратегии принятия и изменения и переходя от одного диалектического полюса к другому таким образом, чтобы сохранять рабочие отношения сотрудничества с пациентом в рамках каждого взаимодействия.

Во-вторых, терапевт обучает пациента диалектическим поведенческим паттернам и моделирует их. С этой точки зрения, внимание удерживается на пациенте независимо от его взаимодействия с терапевтом. Применяемые в такой ситуации стратегии включают: непосредственное обучение пациента; опрос пациента с целью открытия новых возможностей поведения; предложение альтернативных способов мышления и поведения; и, самое главное, моделирование диалектического поведения. Пациенту дают понять, что истина ни абсолютна, ни относительна — скорее, она развивается и конструируется с течением времени. Таким образом, невозможно

в определенный момент времени осознать истину во всей ее полноте. По определению, нельзя привязываться ни к одному из диалектических полюсов. Изменение и развитие неизбежны, поэтому невозможно все время сохранять жесткую позицию. При обучении диалектическим паттернам мышления применяются в основном процедуры когнитивной реконструкции (подробнее об этом — в главе 11) с особой направленностью на замену недиалектического мышления диалектическим, а также стоящие за этим допущения. Как внимание к диалектике терапевтических отношений, так и обучение диалектическим поведенческим паттернам существенно необходимы при каждом взаимодействии с пациентом; они также лежат в основе супервизии и консультирования терапевта.

БАЛАНС ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ: ДИАЛЕКТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ [2]

Первостепенная диалектическая стратегия — сбалансированное использование терапевтических стратегий и позиций терапевта при его взаимодействии с пациентом. Постоянное внимание к сочетанию принятия и изменения, гибкости и стабильности, опеки и требовательности, направленности на способности и направленности на границы и ограничения составляют сущность терапии. Задача терапевта — выявить противоречия как в терапии, так и в личной жизни пациента и обеспечить условия для синтеза этих противоречий. Основная идея, которой должно быть подчинено поведение терапевта, заключается в том, что любая позиция имеет противоположную или комплементарную (от лат. *complementum* — дополнение. — *Примеч. ред.*) позицию.

Таким образом, акцент на принятии может способствовать изменению, а акцент на изменении может способствовать принятию. Такой акцент на противоположном иногда требует некоторого времени — т.е. осуществляется на протяжении всего взаимодействия, а не в определенный момент времени или от одного этапа взаимодействия к другому. Мудрость такого подхода к терапии индивидов с ПРЛ была уже давно отмечена М. Шерманом, который заметил: “Какую бы сторону ни принимал терапевт, пациент обычно вынужден переходить на другую” (*Sherman, 1961, p. 55*). Жесткая привязка к любому из полюсов приводит к повышению напряженности между терапевтом и пациентом и, как правило, к усилению поляризации, а не синтезу и росту. Таким образом, для достижения синтеза и роста необходимо заботиться о балансе. Терапевт должен искать то, чего не хватает в нынешнем поведении — как пациента, так и своем собственном, — а также находить новые способы упорядочения реальности, а затем должен помочь пациенту (сохраняя при этом открытость) создать новый порядок, охватывающий и включающий то, что прежде было упущено.

Поддержание диалектической позиции при терапевтическом взаимодействии предъявляет к специалисту некоторые существенные требования. Во-первых, большое значение имеет скорость. Основная идея состоит в том, что пациента необходимо держать в состоянии неустойчивости, чтобы он не имел возможности сохранять предыдущую поведенческую, эмоциональную и когнитивную ригидность. Для этого нужна быстрая и точная реакция. Во-вторых, терапевт должен быть в

состоянии постоянной готовности, наблюдая и чувствуя каждое движение пациента. Главное — "идти в ногу" с пациентом, адекватно отвечая на все его действия. Терапевт должен реагировать так же чутко, как если бы он действительно сидел напротив пациента на доске, положенной поперек натянутого над Большим каньоном каната. В-третьих, диалектический подход требует, чтобы терапевт действовал уверенно, целеустремленно и полностью отдавался своему делу. Если терапевт действует в определенном направлении, он должен вкладывать в это всю душу. Неуверенные действия, действия "вслепую" при работе с пограничными пациентами дадут такие же неопределенные результаты. Шелдон Копп высказывает подобную мысль, описывая одаренных, харизматических терапевтов.

> ...Основное качество... состоит в том, что такой человек доверяет себе. Дело не столько в том, что он реагирует таким образом, который недоступен другим людям (или менее талантливым терапевтам). Дело скорее в том, что ему уже не нужно волноваться о том, как он действует. Уже не ожидая от себя спокойствия, уверенности или совершенства, он полностью отдается тому, чтобы быть тем, кем он есть в данный момент (*Kopp, 1971, p. 7*).

Диалектику в контексте этих взаимоотношений можно сравнить с бальными танцами. Терапевт должен реагировать на пациента и вместе с пациентом — именно таким, каков он есть в данный момент. Идея здесь в том, чтобы слегка вывести пациента из состояния равновесия, при этом продолжая его поддерживать и направлять, дабы в конце концов пациент позволил себе расслабиться и разрешил музыке вести себя. Однако зачастую пациент напоминает танцовщицу, которая выскальзывает из рук своего партнера и кружит без поддержки, рискуя упасть. Терапевт должен быстро подхватить пациента и, приложив силу противодействия, защитить от падения. "Танец" с пациентом часто требует от терапевта быстрого перехода от одной стратегии к другой, чередования принятия и требовательности, контроля и свободы, конфронтации и поддержки, кнута и пряника, жесткости и мягкости, и т.д.

Вернемся к сравнению с качелями. Задача терапевта и пациента — вместе двигаться к середине, достигая большей устойчивости. Хотя естественной реакцией человека, партнер которого отодвинется назад, тоже будет движение назад для восстановления равновесия, при систематическом повторении такие действия приведут к тому, что оба партнера в конце концов свалятся в бездну, терапия потерпит неудачу. Характерная диалектическая напряженность при терапии индивидов с ПРЛ — противоречие между позицией пациента ("Я не смогу этого сделать", "Я этого не вынесу") и позицией терапевта ("Нет, вы можете"). Таким образом, стоит пациенту чуть-чуть сдвинуться назад, задача терапевта — слегка подвинуться к середине, надеясь, что пациент последует его примеру и тоже сдвинется вперед: "Я понимаю, что это очень трудно. Возможно, вы не сможете сделать это в одиночку, но я вам помогу. Я верю в вас".

Такая стратегия при работе с суицидальными индивидами рискованна. Это напоминает карточный блеф, когда никому из партнеров не известно, какие карты на руках у соперника, и все зависит от выдержки. Например, одна из пациенток моей клиники терпеть не могла групповой тренинг навыков и хотела его бросить, однако в равной мере не хотела расставаться со своим индивидуальным терапевтом. Ее основной терапевт сказал, что не собирается нарушать условия достигнутого в начале терапии соглашения. Пациентка ушла, а позднее позвонила терапевту и

сказала, что находится на автостанции. По ее словам, она собирается сесть на автобус и добраться до какого-нибудь безлюдного места, чтобы там покончить с собой. Если бы терапевт отправился на автобусную станцию, чтобы найти пациентку и остановить ее, или согласился изменить правила терапии, это было бы то же самое, что прыгнуть на другую сторону качелей, к пациентке. Если бы терапевт назвал действия пациентки "манипуляцией" и отказался бы с ней говорить, это было бы равнозначно сползанию назад, к краю качелей, для сохранения равновесия. Вместо этого терапевт слегка продвинулся вперед, к середине качелей, выразив свое доверие к пациентке, валидируя ее страдания и побуждая ее найти в себе силы и сойти с автобуса (если она действительно на него села), вернуться обратно и совместно с терапевтом решить проблему. Терапевт сказал, что будет ждать, он был уверен в том, что пациентка вернется.

В этом примере "прыжок" к пациентке, на другой конец доски, был бы примером парадоксальной стратегии. При умелом использовании такой шаг заставил бы пациентку в свою очередь тоже "прыгнуть" на другой конец качелей, чтобы сохранить равновесие. Терапевт может сказать следующее: "Я вижу, что ваша жизнь просто невыносима. Вы и вправду не можете о себе позаботиться. Наверное, в такой период проходить терапию для вас слишком трудно. Может, мне ст*о*ит на некоторое время взять на себя контроль над вашей жизнью? Может, мне сейчас вызвать полицию или службу спасения, чтобы они вас оттуда забрали? А может, вам не подходит наша терапевтическая программа? Возможно, стоит подумать об отдыхе, сделать перерыв?" Или более иронически: "Может, вам нужен постельный режим? Месяцев на шесть было бы оптимально".

Все стратегии ДПТ организованы так, чтобы подчеркнуть их диалектический характер. Как показано на рис. 7.1, стратегии можно классифицировать в зависимости от того, на что они прежде всего ориентированы — на изменение или принятие. Многие тупиковые ситуации в терапии возникают из-за того, что терапевту не удается удержать равновесие между терапевтическими стратегиями на одном из полюсов (принятие или изменение) и их противоположностями. Такое противопоставление довольно условно, поскольку каждая стратегия в значительной степени подразумевает как принятие, так и изменение. Лучшими стратегиями можно считать те, которые включают и первое, и второе. Я поняла это, имея дело с одной пациенткой, которую как-то ко мне направили. Ее поставили перед выбором: или проходить терапию по моему методу, или проходить принудительное лечение в одной из государственных психиатрических больниц (что уже случалось с ней в прошлом). Пациентка постоянно совершала парасуицидальные действия, от нее отказались почти все психиатры Сиэтла. Поведение пациентки казалось неконтролируемым. Врачи, которым она надоела, хотели отправить ее в психиатрическую больницу, медсестры убеждали ее принять участие в моей программе. Во время нашей первой встречи я сказала этой пациентке, что она идеально подходит для нашей программы и я приму ее на лечение (стратегия принятия), но только в том случае, если она согласится работать над изменением своего суицидального поведения (стратегия изменения). Я дала ей возможность выбрать терапевта (свобода), но и я в свою очередь могла решать, согласна с ней работать или нет (контроль). Позже мы подробнее обсудим аспекты принятия и изменения.

ОБУЧЕНИЕ ДИАЛЕКТИЧЕСКИМ ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ПАТТЕРНАМ

На протяжении всей терапии сохраняется акцент на диалектическом мышлении как со стороны терапевта, так и в качестве одного из стилей мышления, которым обучают пациентов. Диалектическое мышление требует от индивида активной роли, отказа от логических суждений и интеллектуального анализа как единственного пути к истине, а также принятия непосредственного опыта. Создание смысла и обретение новых отношений происходит через противопоставление любого предмета и любого утверждения противоположному либо альтернативному предмету или утверждению. Основная идея, которую при этом должен усвоить пациент, заключается в том, что всякому утверждению относительно какого-либо предмета может соответствовать утверждение, обратное ему. Диалектико-поведенческий терапевт помогает добиться синтеза противоположностей, а не заниматься проверкой истинности каждой из сторон. Терапевт помогает пациенту перейти от модели "или–или" к модели "и, и". Таким образом, многие утверждения должны сопровождаться противоположными, терапевт должен моделировать неоднозначность и непоследовательность, которая заключается в этих утверждениях. Главное — не обесценивать первую идею, утверждая противоположную или альтернативную ей. Здесь нужна позиция "Да. Но кроме того...", а не "Да. Но нет, это было неправильно...".

Подобную позицию занимают по отношению к действиям и эмоциональным реакциям. Здесь важны два момента. Во-первых, возможности личного и социального изменения не возникают извне и не выходят за пределы данной системы, но заключаются в существующих противоречиях каждого специфического социального контекста (*Sipe, 1986*). Человек и окружение предъявляют друг другу требования и взаимно ограничивают друг друга. Изменение — как в человеке, так и в его социальном окружении — включает совершенствование и трансформацию способностей в свете этих требований и ограничений (*Mahoney, 1991*).

Во-вторых, крайности и жесткие поведенческие паттерны сигнализируют о том, что диалектический баланс не был достигнут. Поэтому рекомендуется и моделируется срединный путь, подобный тому, о котором говорит буддизм: "В поиске Просвещения очень важно не попасть в сети крайностей и не запутаться в них, т.е. всегда выбирать Срединный Путь" (*Kyokai, 1966*). Это в равной степени относится и к терапевту, и к пациенту. Таким образом, терапевту следует избегать даже гибкости, если она становится ригидной, и любой ценой избегать крайностей. Как сказал Роберт Айткен, гуру дзэн-буддизма, мы должны даже "не быть привязанными к своей непривязанности" (*Aitken, 1987, p. 40*).

Диалектика, с точки зрения поведения, наиболее очевидно проявляется в терапевтических стратегиях ДПТ. Хорошим примером могут быть поведенческие навыки ДПТ. Эмоциональная регуляция уравновешена психической вовлеченностью, в которой акцентируются наблюдение, описание и участие, а не регуляция эмоционального или какого-либо другого опыта. Даже при обучении эмоциональному контролю рекомендуется отвлечение внимания и контроль внимания, с одной стороны, а также внимательное переживание и оставление контроля — с другой. Межличностная

эффективность направлена на изменение проблемных ситуаций, и наоборот, перенесение дистресса ставит акцент на принятии проблемных ситуаций.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДИАЛЕКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Специфические стратегии, нацеленные на отношения терапевта и пациента, и диалектические поведенческие паттерны описаны ниже и представлены в нижней половине табл. 7.1. Хотя я думаю, что каждая из этих стратегий может быть описана исключительно поведенческими терминами, я не старалась каждый раз трансформировать диалектический дискурс в поведенческий. Мне кажется, это могло бы исказить тот дух диалектики, который я пытаюсь передать.

Таблица 7.1. Список диалектических стратегий

УРАВНОВЕШИВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ во время психотерапевтического сеанса:

- терапевт чередует стратегии принятия и изменения таким образом, чтобы поддерживать отношения сотрудничества с пациентом;
- терапевт уравновешивает опеку пациента с предъявляемыми к нему требованиями, касающимися самостоятельной заботы о себе;
- терапевт уравновешивает последовательность и стабильность гибкостью;
- терапевт уравновешивает акцент на способностях пациента акцентом на его ограничениях;
- терапевт поддерживает высокий темп, что позволяет удерживать пациента в состоянии некоторой неустойчивости;
- терапевт внимателен и чутко реагирует на действия пациента;
- терапевт искренен в любой позиции.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЕРАПЕВТОМ диалектического мышления и поведения:

- терапевт ищет то, чего не хватает в точке зрения пациента и его собственной точке зрения;
- терапевт предлагает динамическое описание изменений;
- терапевт оспаривает постоянство и неизменность условий проблемы;
- терапевт предлагает возможность синтеза, объединяющего противоположные точки континуума;
- терапевт акцентирует важность взаимоотношений в определении идентичности пациента;
- терапевт отстаивает срединный путь.

Подчеркивание ПАРАДОКСАЛЬНЫХ моментов следующих аспектов:

- поведения пациента;
- терапевтического процесса;
- реальности в целом.

Использование МЕТАФОРИЧЕСКОГО языка, притч и историй.

Исполнение терапевтом роли "АДВОКАТА ДЬЯВОЛА".

Использование терапевтом техники "ПРОДЛЕНИЯ", преувеличивая серьезность сообщений пациента или возможных последствий тех или иных его поступков.

Активация "МУДРОГО РАЗУМА".

ОБРАЩЕНИЕ НЕДОСТАТКОВ В ДОСТОИНСТВА.

Допущение ЕСТЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ в терапии.

Применение ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ как индивидуального, так и более широкого социального контекста, чтобы понять пациента.

1. ВХОЖДЕНИЕ В ПАРАДОКС

Аллен Франсес (*Frances, 1988*) как-то заметил, что одна из первых и самых важных задач терапии индивидов с ПРЛ заключается в том, чтобы привлечь их внимание. "Вхождение в парадокс" — весьма эффективный способ достижения этой цели. Отчасти этот метод срабатывает потому, что содержит неожиданность; подобно юмору, он непредсказуем. Сталкиваясь с парадоксом, человек останавливается, включается его внимание. Вхождение в парадокс во многом напоминает практику *коанов*, которой занимаются ученики дзэн. *Коан* представляет собой дилемму или загадочную историю, которую ученик должен решить, даже если очевидно, что логического решения не существует. Ученику приходится выходить за пределы рационального понимания и прибегать к непосредственному опытному знанию. Прочитать о вкусе сахара в книге — это совсем не то, что попробовать сахар на вкус. Решение для *коана* не может быть логическим или интеллектуальным, только опытным.

В нашей терапевтической стратегии терапевт обращает внимание пациента на противоречивость его собственного поведения, терапевтического процесса и всей действительности в целом. Попытки рационального объяснения парадокса со стороны пациента встречаются молчанием; дополнительный вопрос терапевта, рассказывание истории или другой парадокс могут в некоторой степени (но не полностью) освещать путь к решению загадки. Дж. Сьюлер полагает, что *коан* "становится отчаянной борьбой вокруг личных проблем, включая те личные конфликты, которые привели ученика к дзэн-буддизму. Это борьба за свою жизнь" (*Suler, 1989, p. 223*). Терапевтический парадокс, если он умело построен и акцентирован, тоже превращается для индивида с ПРЛ в борьбу за свою жизнь. При терапии пациентов с ПРЛ возникают бесчисленные парадоксальные дилеммы, каждая из которых может превратиться в проблему жизни или смерти пациента. Например, терапевт может сказать: "Если бы мне не было до вас дела, я бы попытался вас спасти". Пациент отвечает: "Как же вы можете говорить, что вам есть до меня дело, если вы даже не пытаетесь меня спасти, когда мне так трудно?" Высший синтез в данном случае звучит следующим образом: "Вы уже спасены". Однако промежуточное понимание заключается в том факте, что терапевт не может спасти пациента. Поэтому попытки спасения превратят терапию в псевдопомощь и помешают оказать пациенту такую помощь, в которой он действительно нуждается. Кроме того, даже если бы терапевт и мог спасти пациента в данный момент, потребуется гораздо больше времени для того, чтобы научить пациента спасать себя.

Еще один пример относится к постоянной проблеме, характерной для пациентов с ПРЛ: решать, кто прав, а кто виноват во всяком конфликте либо конфронтации. Идея о том, что обе стороны могут быть одновременно и правы, и виноваты, не укладывается в голове пациентов. Зачастую терапевтические отношения становятся для пациента первым опытом того, что во время конфронтации другая половина утверждает: "Все в порядке, вы правы, и я тоже прав". В частности, и это существенно важно, диалектико-поведенческий терапевт часто валидирует позицию пациента, но при этом не "поддается" ему и не меняет своего поведения. Например, в стратегии соблюдения границ (подробнее об этом — в главе 10) терапевт признает потребность пациента ("Да, для вас было бы лучше, если бы я не

уезжал из города в эти выходные"), но не меняет свои планы. Пациент признается "правильным" ("То, что вы говорите, действительно так"), но и терапевт тоже остается "правильным" ("И все же я прав в том, что не поддаюсь вам и по-прежнему собираюсь ехать на отдых").

Однако сущность стратегии вхождения в парадокс заключается в том, что терапевт не дает логического объяснения, облегчая разрешение противоречия. Как говорит Дж. Сьюлер, "прорыв сквозь двустороннее противоречие, а также интуитивный рефрейминг кризисной ситуации могут иметь место только в том случае, если, используя термины дзэн-буддизма, человек "разжимает руки"... позволяет, чтобы вещи происходили сами собой" (*ibid.*). Для разрешения некоторых парадоксов, присущих терапии и характерных для жизни индивидов с ПРЛ, могут потребоваться годы.

Входя в парадокс, терапевт постоянно акцентирует внимание пациента на вещах, которые могут быть одновременно и истинными, и ложными, на которые можно ответить и "да", и "нет". Терапевт не поддается желанию пациента признать одну сторону противоречия истинной, а другую — однозначно ложной, или наоборот. Терапевт продолжает утверждать, что обе стороны могут быть истинны и что на любой вопрос можно ответить и отрицательно, и утвердительно. Как уже упоминалось, "и, и" предлагается в качестве альтернативы "или–или". Терапевту не стоит слишком заботиться о том, чтобы прояснить непонимание пациента по этому поводу. Затруднения пациента будут исчезать по мере того, как он начнет овладевать диалектическими принципами. Возвращаясь к метафоре качелей: когда пациент сидит на самом краю доски, терапевт находится на другом краю, поддерживая равновесие, и одновременно обращает внимание пациента на то, что они сидят на разных концах одной и той же доски.

Главный парадокс как ДПТ, так и любой другой терапии заключается в том, что любое поведение считается "хорошим", и все же пациент проходит терапию, чтобы изменить "плохое" поведение. ДПТ подчеркивает важность валидации всех без исключения реакций пациента, но только для того, чтобы противопоставить ее отсутствию валидации, с чем пациенты сталкивались прежде. Валидация — стратегическая необходимость. Пока пациент (или терапевт) привязан к валидации или ее отсутствию, он не видит того, что это противопоставление имеет искусственный характер. Само по себе поведение не бывает плохим или хорошим. Как только устанавливается баланс, терапевт и пациент должны отказаться как от валидации, так и от ее противоположности. Реакции не могут быть плохими или хорошими, они просто есть. Они возникают как последствия причин и условий, которые находятся одновременно в прошлом и будущем и выступают для индивида одновременно внешними и внутренними. В свою очередь реакции тоже ведут к определенным последствиям, которые могут быть как желательными, так и наоборот.

Парадокс изменения и принятия наполняет всю терапию. Входя в парадокс, терапевт акцентирует и утрирует кажущуюся несообразность того, что даже неумение принять должно быть принято. (Мы говорим нашим пациентам: "Осуждая, не осуждай".) Пациента убеждают принять себя таким, каков он есть в настоящее время. Но если он сможет это сделать, то, конечно же, сильно изменится; и действительно, ведь в самом увещевании научиться принимать уже содержится непри-

ятие существующего положения вещей. Пациента убеждают в том, что он именно такой, как в данный момент; что он не хороший и не плохой; что его понимают; и при всем при этом он должен изменить свое поведение. Таким образом терапевт усиливает естественно возникающую диалектическую напряженность, чтобы у пациента не было иного выхода, кроме как отказаться от привязки к крайностям. Патрик Хок, учитель дзэн и христианской медитации, полагает, что "*коаны* — это темы, которые следует прояснять во время занятий со своим учителем... Этот акт прояснения называется постижением". В ДПТ, как и в практике дзэн, прояснение и постижение достигаются через контакт терапевта (учителя) и пациента (ученика). В частности, терапевт должен войти во множественные парадоксы, с которыми сталкивается пациент, пытаясь разрешить диалектические дилеммы крайней уязвимости и ее непризнания; непрерывного кризиса и сдерживаемого переживания горя; пассивной активности и воспринимаемых независимости, неуязвимости и компетентности.

В ходе установления и развития терапевтических отношений возникает естественная диалектическая напряженность. Пациент может выбирать собственное поведение, но не может продолжать терапию, если не решит работать над ослаблением суицидального поведения. Пациента обучают тому, как достичь большей эффективности, адекватно обращаясь за помощью и получая ее от других людей. Пациент имеет право покончить с собой, но если терапевт решит, что пациенту грозит реальная опасность, его могут подвергнуть принудительной госпитализации. Терапевту платят за то, чтобы он заботился о пациенте, однако сомнения пациента относительно искренности заботы терапевта обычно интерпретируются как свидетельство проблем самого пациента, проявляющихся в контексте терапевтических отношений. Если пациент не платит за лечение, оно прекращается. Терапевт одновременно отстранен и близок пациенту, моделируя автономность и независимость, однако поощряет привязанность и зависимость со стороны пациента. Пациент не несет ответственности за то, какой он есть, но отвечает за то, каким становится.

Пациента убеждают взять под контроль попытки чрезмерного контроля. Терапевт использует техники сильного контроля, чтобы увеличить свободу пациента. Столкновение с этими парадоксами, необходимость их разрешения и прорыв принуждают пациента оставить жесткие паттерны мышления, эмоций и поведения, чтобы освободить место для более спонтанных и гибких паттернов. Точно так же всецелое вхождение в парадокс, как в контексте терапевтических отношений, так и в консультативной группе по обсуждению клинических случаев, заставляет терапевта отказываться от жестких теоретических позиций, правил и норм терапии, паттернов действий.

2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАФОР

Использование метафор и историй подчеркивается многими терапевтами, особенно Милтоном Эриксоном, который приобрел широкую известность благодаря использованию обучающих историй (*Rosen, 1982*). В ДПТ использование метафор в форме простых аналогий, анекдотов, притч, мифов или рассказов имеет очень важное значение. Метафоры — альтернативное средство обучения диалектическому мышлению и новому поведению. Они стимулируют как пациента, так и тера-

певта к поиску и созданию альтернативных значений и ориентиров по отношению к определенным событиям. Те метафоры, которые могут служить источником множественных значений, как правило, выступают наиболее эффективным средством для поощрения разных точек зрения на действительность.

Как утверждали многие другие авторы (*Barker, 1985; Deikman, 1982; Kopp, 1971*). использование метафор становится важной терапевтической стратегией по ряду причин. Обычно истории вызывают интерес пациента и легче запоминаются. чем сухие наставления или инструкции. Поэтому человеку, которому трудно сосредоточиться, поведенческую информацию и наставления лучше давать в форме историй. Кроме того, каждый человек может использовать истории по-своему, в своих собственных целях. Таким образом, ощущение внешнего контроля со стороны терапевта уменьшается, пациент расслабляется и становится более открытым и восприимчивым к новому способу мышления или поведения; при этом снижается вероятность того, что пациент откажется слушать клинициста или почувствует себя сломленным и опустошенным. Пациент может взять из истории то, что он сможет использовать в данный момент или в будущем. Наконец, метафоры, если они правильно построены, будут более щадящей формой коммуникации. С помощью метафор терапевт может предоставлять информацию опосредованно, что смягчает ее воздействие на пациента.

Использование историй может быть особенно полезным, если терапевт пытается объяснить пациенту отрицательное влияние его поведения на других людей, чтобы он смог изменить свое поведение, не прибегая при этом к прямой критике. Метафора может пригодиться при обсуждении реакций самого терапевта (особенно в тех случаях, когда мотивация терапевта к продолжению терапевтических отношений снижается) или для сообщения пациенту о том, чего можно ожидать от клинициста. Метафоры могут быть средством переопределения и рефрейминга проблем, а также заключать в себе метод их разрешения; метафоры помогают пациенту узнавать аспекты собственного поведения в определенных ситуациях или реакциях на эти ситуации; метафоры могут обнадеживать пациентов (*Barker, 1985*). Обычно необходимо использовать такие примеры или сравнения, которые пациент сможет понять (например, о том, как несколько человек поднимаются с разных сторон горы к одной и той же вершине), и предлагать аналогии того, чего пациент не понимает, — например, терапевтического процесса.

С годами мои коллеги и я разработали множество метафор, чтобы обсуждать суицидальное и препятствующее терапии поведение, а также принятие, готовность, терапию и жизнь вообще. Препятствующее терапии поведение сравнивается с действиями альпиниста, который отказывается надевать теплую одежду в холодную погоду, не использует специальное снаряжение или любуется пейзажем в то время, когда надвигается снежная буря и нужно срочно искать укрытие; или сравнивается с ослом, который останавливается посреди тропы и не идет ни вперед, ни назад (сравнение, которое не очень-то нравится пациентам); и с поваренком, который кладет в пирог соль вместо сахара, когда повар выходит из кухни. Пассивное поведение и эмоциональное избегание сравнивается (по контрасту с тем, что пациент должен делать) с поведением человека, который сидит в углу комнаты, охваченной пожаром, когда единственная возможность спастись — прорываться через пылаю-

щую дверь, накрывшись мокрым одеялом; или альпиниста, который останавливается на середине ледяного уступа, боясь двинуться, вместо того чтобы потихоньку карабкаться дальше, не оглядываясь назад. Суицидальное поведение сравнивается с прыжком альпиниста со скалы, при этом альпинист может быть связан страховочной веревкой со своим напарником, которому придется вытаскивать его из пропасти с риском для собственной жизни, или же альпинист может разрезать веревку перед прыжком; с требованием развода, когда супруг этого не хочет; или же с аддиктивным поведением — таким как алкоголизм или наркомания. Тренинг перенесения дистресса напоминает обучение тому, как стать покрывалом, разостланным на земле под деревом в осенний день. Листья падают на покрывало, и оно не может уклониться от них или отбить в сторону. Обучение принятию сродни тому, как садовник учится любить одуванчики, которые каждую весну, несмотря на все его старания от них избавиться, появляются на газонах и клумбах. Пытаться стать таким, каким вас хотят видеть окружающие, — это все равно что тюльпану, случайно выросшему среди роз, пытаться стать розой. Полноценная жизнь напоминает игру в карты, когда игрок использует те карты, которые ему достались, и не прекращает игры, даже если у него нет козырной масти или крупных карт; или отбивание теннисных мячей, посланных специальной "пушкой", которая выстреливает мячи, и теннисист не может ее остановить или замедлить темп, а просто делает все возможное, чтобы отбить каждый новый мяч.

Мы используем более расширенные метафоры для описания терапии и процесса изменения и роста. Вот одна из них: проходить терапию для пациента — все равно что выбираться из адского пламени по раскаленной металлической лестнице без обуви и перчаток. Прыжок с лестницы вниз, в пламя, или остановка — препятствующее терапии поведение пациента. Жечь пятки пациента факелом, чтобы заставить его быстрее взбираться вверх, — препятствующее терапии поведение терапевта. Внутри языков пламени температура гораздо выше, чем на раскаленной лестнице, так что пациент, спрыгнувший с лестницы, в конце концов встает и опять начинает карабкаться вверх. Еще одна расширенная метафора, объясняющая суть терапии: терапия напоминает обучение плаванию в любых условиях. Пациент — пловец, терапевт — тренер. Тренер сидит в лодке рядом с пловцом, дает указания и подбадривает его. Часто возникает напряженность — уставший пловец хотел бы забраться в лодку, а тренер заставляет его самостоятельно добираться до берега. Если тренер заберет пловца в лодку и доставит на берег, тот так и не научится плавать. Если пловец потеряет силы, борясь в волнами, то может утонуть. Когда пловец цепляется за борт лодки или погружается под воду, чтобы напугать тренера и заставить взять его в лодку, — это аналогия препятствующего терапии поведения пациента. Если тренер не оказывает помощи пловцу даже в том случае, когда он и вправду идет на дно, или забирает его в лодку и доставляет на берег всякий раз, когда на небе появляется тучка, — это аналогия препятствующего терапии поведения клинициста.

Пациенты часто чувствуют себя непонятыми, когда терапевты побуждают их к изменениям для улучшения качества жизни. Пациент часто дает понять терапевту: "Если бы вы меня понимали, вы бы не просили меня сделать то, чего я не могу сделать" или "Если бы вы воспринимали мои страдания всерьез, вы бы не просили

меня сделать то, что вызовет еще большие страдания". Эта идея и проблемы, которые она создает для терапевта, настолько обычны для лечения индивидов с ПРЛ, что Лорна Бенджамин (в периодике) описала межличностные паттерны ПРЛ в форме девиза пациента: "Мое страдание — закон для других". В этой ситуации истории могут быть особенно полезны для валидации эмоциональной боли и ощущения беспомощности пациента, с одной стороны, и побуждения пациента к работе над собой — с другой. Моя любимая история — измененная версия уже упомянутого сравнения терапии с раскаленной металлической лестницей. Босая женщина стоит на раскаленных углях. Угли насыпаны толстым слоем и занимают большую площадь. Женщина застыла от боли и не в силах двинуться. Она зовет свою подругу и просит ее принести ведро воды, чтобы залить и потушить угли. Но рядом нет воды. Подруга страдалицы, желая помочь ей выбраться, кричит женщине: "Беги!" Если это не помогает, подруга прыгает в угли и пытается вытолкнуть несчастную прочь, на прохладную траву. Стала бы она так действовать, если бы понимала страдания несчастной женщины? Побежала бы она искать ведро и воду, если бы *действительно* понимала, как больно женщине?

Подобная история и вопросы могут конструироваться вокруг метафоры с горящей комнатой. Женщина настолько боится огня, что вжимается в угол комнаты и неподвижно стоит там. Если ее подруга понимает, как ей страшно, останется ли она с женщиной в горящем доме, чтобы вместе погибнуть в пожаре? Или подруга схватит парализованную страхом женщину и потащит ее наружу сквозь пылающий дверной проем вопреки ее протестам? Еще я просила пациентов представить, что после кораблекрушения мы оказались на спасательном плоту посреди океана. У пациента серьезно повреждена рука, и он страдает от боли. Он снова и снова просит дать ему обезболивающее. Но предположим, что аптечку смыло в море и у нас нет никаких лекарств. Я не могу дать пациенту обезболивающее. Значит ли это, что я безучастна к его страданиям? Или предположим, что в аптечке всего три капсулы болеутоляющего средства. Если бы я сказала: "Лучше принимать по одной капсуле в день, иначе лекарство быстро закончится", означало бы это, что я не хочу ему помочь (потому что подозреваю, например, его в наркозависимости)? Откровенное обсуждение таких ситуаций часто может вывести терапевтический процесс из тупика.

Подобные сравнения можно трансформировать в более короткие или длинные истории в зависимости от необходимости (как в приведенных мной примерах). Иногда мы с пациентами проводили почти весь психотерапевтический сеанс, по очереди развивая какую-нибудь метафорическую историю. Обучающие истории используются во всех духовных школах (ведизм, буддизм, дзэн, христианство, суфизм, хасидизм), а также в философии, литературе (рекомендуемые источники можно найти в "Руководстве по тренингу навыков...").

3. ТЕХНИКА "АДВОКАТА ДЬЯВОЛА"

При использовании техники "адвоката дьявола", разработанной Марвином Гольдфридом (*Goldfried, Linehan, & Smith, 1978*), терапевт предлагает пациенту чрезвычайно спорное утверждение, спрашивает его о том, верит ли он в это утверждение; затем играет роль "адвоката дьявола", всеми силами противостоя попыткам пациента опровергнуть данное утверждение. Терапевт представляет тезис, чтобы

добиться от пациента антитезиса, в процессе обсуждения они достигают синтеза. Чрезвычайно спорное утверждение, представленное терапевтом, должно относиться к дисфункциональному представлению, выраженному пациентом, или проблематичным правилам, применяемым им. Лучше всего эта техника подходит для противодействия новым контрастным паттернам. Эта стратегия напоминает использование парадокса, когда терапевт перемещается к дисфункциональному полюсу континуума, тем самым заставляя пациента переходить к противоположному, функциональному полюсу.

Техника “адвоката дьявола” всегда используется во время первых нескольких сеансов, чтобы добиться устойчивой приверженности пациента к изменению. Терапевт выдвигает аргументы против изменения и приверженности терапии, поскольку изменение болезненно и требует больших усилий; в идеале пациент должен занять диаметрально противоположную позицию и отстаивать необходимость изменения и лечения. Использование этой стратегии подробнее обсуждается в главе 10.

Дискуссионный подход, часто используемый в когнитивном реструктурировании, представляет собой еще один пример обсуждаемой стратегии “адвоката дьявола”. Тезисом может быть иррациональное убеждение — например, предложенное Альбертом Эллисом (*Ellis, 1962*): “Все люди должны меня любить, и если хоть один человек меня не любит, то моя жизнь бессмысленна”, или: “Если по какой-либо причине я нанесу обиду другому человеку, это будет непоправимой катастрофой”. Терапевт отстаивает ложное представление, выясняя при этом, почему пациент не соглашается. Например, терапевт может использовать последнее из упомянутых утверждений, рассказывая пациенту, что тот должен изменить свое поведение так, чтобы оно соответствовало ожиданиям окружающих и одобрялось ими, даже если поведение пациента вполне адекватное и оправданное (например, пациент отказывается превышать скорость, управляя автомобилем, или не хочет участвовать в мошенничестве). Терапевт может парировать то, что предлагает пациент, преувеличивая его же собственную обычную позицию, пока несостоятельность изначальных убеждений пациента не становится для него очевидной.

Эта техника предъявляет определенные требования. Во-первых, терапевт должен быть восприимчив к имеющим место дисфункциональным правилам и общим универсальным представлениям. Во-вторых, терапевт должен создать убедительную картину собственной прямолинейности и довольно наивного экспрессивного стиля. В-третьих, очень помогают несколько необычные, но вполне логичные ответы на каждый аргумент пациента. В-четвертых, позиция терапевта должна быть достаточно обоснованной, чтобы казаться пациенту “реальной”, но вместе с тем достаточно нарочитой для того, чтобы вызвать противодействие пациента. Позиция, которая одновременно признает приверженность пациента к определенной идее и отрицает смысл данной идеи, будет идеальной. Требуется также некоторая легкость и способность ненавязчиво изменять аргументы. Наконец, терапевт должен понимать, в каком случае необходимо сохранять серьезность, а когда — перевести спор в юмористическую плоскость.

4. "ПРОДЛЕНИЕ"

"Продлением" называется такое отношение терапевта к пациенту, когда он воспринимает пациента серьезнее, чем тот воспринимает себя. Если пациент говорит что-то, чтобы произвести определенное впечатление, или выражает крайние эмоции, чтобы добиться незначительных изменений в окружении, терапевт воспринимает все буквально. Эта техника представляет собой эмотивный эквивалент описанной выше стратегии "адвоката дьявола".

Например, пациент может высказать утверждение о влиянии или последствиях определенного события или проблемы в своей жизни ("Если вы не согласитесь на дополнительный психотерапевтический сеанс, я покончу с собой"). Терапевт сначала буквально воспринимает заявление пациента о последствиях проблемы, затем реагирует на серьезность этих последствий ("Я покончу с собой") независимо от действительного отношения этих последствий к событию или проблеме, названной пациентом (отказ терапевта разрешить дополнительный психотерапевтический сеанс). Терапевт говорит: "Мы должны что-то немедленно сделать, если положение настолько серьезно и вы вправду можете наложить на себя руки. Как насчет госпитализации? Возможно, вам необходимо именно стационарное лечение. Как можно говорить о таких мелочах, как расписание психотерапевтических сеансов, когда ваша жизнь в опасности? Сначала нужно устранить эту опасность. Как вы собираетесь покончить с собой?" Серьезное отношение терапевта к заявлению пациента — совсем не то, чего добивается последний. Пациент ждет от терапевта серьезного отношения к представленной им *проблеме* или *событию*, поэтому зачастую преувеличивает их значимость. Терапевт относится серьезно исключительно к их *последствиям* и "продлевает" их, настаивая на рассмотрении последствий до тех пор, пока не будет найден способ их разрешения.

При умелом использовании эта стратегия помогает пациенту понять, что он преувеличивает серьезность последствий. Когда это происходит ("Ну хорошо. Возможно, я преувеличиваю. Я не собираюсь заканчивать жизнь самоубийством"), терапевт обязательно должен перейти к другой позиции — серьезному отношению к проблеме или событию. Отказ от преувеличения эмоциональных последствий проблемы со стороны пациента необходимо подкреплять. При неумелом использовании эта стратегия может стать прикрытием для терапевта, который не способен адекватно воспринимать действительно серьезные проблемы пациента. Лучше всего использовать данную технику тогда, когда пациент не ожидает от терапевта серьезного отношения к себе или же когда эскалация кризиса либо эмоциональных последствий сохраняется за счет их провоцирующего влияния на окружение. Применение этой техники может быть особенно эффективным в том случае, если терапевт чувствует себя объектом манипуляций. Эта техника характеризуется тем, что нормализует как поведение пациента, так и чувства терапевта, устраняя желание атаковать пациента. При умелом использовании эта стратегия дает очень хорошие результаты.

Термин "продление" для описания данной техники заимствован из айкидо, японской системы боевых искусств. Боец позволяет движению противника достичь своего естественного завершения, затем продлевает конечный момент движения немного дальше, чем обычно; при этом противник теряет равновесие и становится

уязвимым. "Продлению" всегда предшествует "слияние", что в айкидо означает движение бойца в том же направлении, что и энергетический поток противника (*Saposnek, 1980*). Например, пациент говорит терапевту: "Если вы не сделаете так, как я хочу, терапия мне не поможет" (удар противника). Терапевт отвечает: "Если терапия не может вам помочь (слияние), мы должны что-то предпринять (естественное завершение движения). Может, я вам не подхожу и вам нужен другой терапевт? Это очень серьезно" ("продление"). Все аспекты описанной выше стратегии "адвоката дьявола" (сосредоточение на преувеличенных последствиях; наигранная наивность; непривычные, но логичные отклики; реакции терапевта, которые выглядят достаточно "реальными", но в то же время настолько заострены, что помогают пациенту понять неадекватность собственной позиции; легкость и ненавязчивая модификация позиции терапевта) в равной мере важны и в этой ситуации.

5. АКТИВАЦИЯ "МУДРОГО РАЗУМА"

В ДПТ пациентов знакомят с концепцией трех основных состояний сознания: "рациональный разум", "эмоциональный разум", "мудрый разум". Человек находится в состоянии "рационального разума", когда мыслит рационально и логически, ищет знание через интеллект, ограничивается фактами, планирует поведение, сознательно распределяет внимание и решает проблемы, не руководствуясь чувствами. У человека "эмоционального разума" поведение и мышление зависят прежде всего от чувственного состояния в данный момент времени. Когнитивные способности такого человека определяются аффектом; рациональное, логическое мышление затруднено; факты искажаются, чтобы соответствовать текущему аффекту; энергия поведения тоже соответствует эмоциональному состоянию в данный момент.

"Мудрый разум" представляет собой интеграцию "эмоционального" и "рационального разума"; он также больше, чем они оба вместе взятые. "Мудрый разум" добавляет к эмоциональному переживанию и логическому анализу интуитивное познание. Существует множество определений интуиции. А. Дейкман (*Deikman, 1982*) полагает, что это познание, которое происходит без посредства рационального и идет дальше чувственного. Интуиция обладает характеристиками непосредственного опыта, нахождения смысла и значимости без помощи интеллектуального анализа. Интуитивное познание направляется "чувствами углубляющейся согласованности" (*Polanyi, 1958*). Хотя переживание и рациональное осмысление выполняют свои, довольно важные функции, качество интуитивного познания уникально. "Мудрый разум" определяется всесторонним сотрудничеством всех частных способов познания: наблюдения, логического анализа, кинетического и сенсорного опыта, поведенческого научения и интуиции (*May, 1982*).

Пациенты с ПРЛ должны научиться входить в состояние "мудрого разума", а именно: они должны избавиться от эмоциональной зависимости и логического анализа, застывших идей и обостренных реакций; они должны стать достаточно спокойными для того, чтобы позволить мудрому познанию действовать беспрепятственно и без вмешательства других, более волевых ("рациональный разум") или жестко обусловленных ("эмоциональный разум") форм познания. Некоторых (но далеко не всех) пациентов прежде всего нужно убедить в том, что они на это способны. Пациент с ПРЛ может сомневаться в самой идее того, что он может до-

стичь какой-либо мудрости. Поэтому терапевт, во-первых, должен настаивать на том, что "мудрый разум" есть у каждого человека, так же как у каждого человека есть сердце. Если пациент не видит или не чувствует своего сердца, это совсем не значит, что его нет. Во-вторых, очень полезно привести несколько примеров того, как люди обретали "мудрый разум" непосредственно после кризиса или хаоса в своей жизни. Затишье наступает после шторма. Обретение "мудрого разума" — это когда человек внезапно постигает суть вещей, понимает или узнает что-то непосредственно и отчетливо. Иногда опыт "мудрого разума" переживается как понимание целостной картины вместо отдельных фрагментов. Или же это может быть "чувство" правильного выбора в дилемме, когда это чувство приходит откуда-то из глубины, а не от эмоционального состояния в данный момент. В-третьих, иногда полезно давать пациенту такие упражнения, которые помогут ему ощутить тот внутренний покой, который сопутствует "мудрому разуму". Как правило, мои пациенты сосредоточиваются на своем дыхании (следят за вдохами и выдохами), а через некоторое время пытаются сконцентрировать внимание на своем физическом центре, который расположен на "дне" вдоха. Именно в этой точке находится "мудрый разум". Почти все пациенты способны почувствовать эту точку.

Если позднее пациента просят войти в состояние "мудрого разума", он должен вернуться в описанную выше точку и ответить из этого средоточия покоя. Это можно сравнить со спуском в глубокий колодец. Вода на дне колодца (фактически это целый подводный океан) и есть "мудрый разум". Однако на пути к нему человека подстерегают ловушки, которые затрудняют продвижение. Иногда человек, спускающийся вниз, наталкивается на фальшивое дно, плотно подогнанное к стенкам колодца, и принимает его за настоящее, полагая, что в колодце нет воды. Задача терапевта — помочь пациенту выяснить, как открывается крышка, замаскированная под дно. Возможно, люк запирается на замок, и нужно найти ключ. Или же люк заколочен гвоздями, и пациенту понадобится лом или кувалда, чтобы сломать доски. Или щели между фальшивым дном и стенками колодца залиты клеем, и нужно очистить его стамеской. Если пациент проявит настойчивость и усердие, то сможет добраться до океана мудрости.

Пациентам с ПРЛ может быть трудно отличить "мудрый разум" от "эмоционального разума". Оба характеризуются "чувством" правильности, оба основываются на таком способе познания, который отличается от рассуждения или логического анализа. Вернемся к метафоре с колодцем. Если прошел сильный дождь, над фальшивым дном может собраться некоторое количество воды. Если люк остается закрытым, эту воду можно спутать с настоящим подземным океаном. И пациент, и терапевт легко могут ошибиться. Сверху дождевая вода выглядит так же, как океанская. Интенсивность эмоции может создать впечатление фальшивой уверенности, которая напоминает нерушимую, спокойную уверенность истинной мудрости. Простого рецепта, как избежать ошибки, не существует. Если интенсивная эмоция очевидна, вполне вероятно, что мы имеем дело с "эмоциональным разумом", а не "мудрым". Как правило, в этой ситуации лучше всего подождать; время — лучший критерий.

Пациент с ПРЛ часто делает заявления, которые показывают его эмоциональное состояние и чувства ("Я ощущаю себя уродливой и никому не нужной", "Я не хочу

без него жить", "Боюсь, я все испорчу"). В этих заявлениях субъективные чувства приравниваются к действительности ("Я отвратительна и никому не нужна", "Я не могу без него жить", "Я все испорчу"). Если это случается, иногда очень полезно сказать пациенту следующее: "Важно не то, что вы чувствуете. Важно не то, что вы думаете и во что верите. Важно то, что вы знаете наверняка (знаете вашим "мудрым разумом"). Что вы знаете наверняка? Что достоверно?" Диалектическое напряжение здесь образуется между тем, что достоверно для чувств и эмоций пациента, и тем, о чем он думает как о достоверном. Синтез — то, что он знает как достоверное. Отказ терапевта соглашаться с "эмоциональным разумом" или "рациональным разумом" — пример контролирующей стратегии, которая помогает достичь независимости от определенных влияний.

Побуждение к "мудрому разуму" легко можно извратить, особенно если терапевт подталкивает пациента к тому, что только кажется "мудрым разумом", не будучи таковым на самом деле: "Если я с вами соглашаюсь, значит, вы действуете в состоянии "мудрого разума", все в порядке". Такая ситуация весьма вероятна в том случае, если терапевт всецело верит в мудрость собственного знания или собственных мнений. Как "мудрый разум" одного человека может конфликтовать с "мудрым разумом" другого? Интересный парадокс. Важность профессионального смирения для терапевта трудно переоценить. Одна из основных функций супервизии и консультирования терапевта в ДПТ — обеспечить противовес заносчивости, которая легко может возникнуть у человека, которому предоставляется такая власть над ближним.

6. ОБРАЩЕНИЕ НЕДОСТАТКОВ В ДОСТОИНСТВА

Обращение недостатков в достоинства подразумевает превращение проблемы в преимущество: "Не было бы счастья, да несчастье помогло". Это напоминает использование сопротивления пациентов в психодинамической терапии: чем хуже ведет себя пациент, тем лучше для терапии. Если проблемы не проявляются при терапевтическом взаимодействии, как терапевт может их заметить и устранить? Проблемы, с которыми пациент сталкивается в повседневной жизни, — отличная возможность применить навыки. Действительно, с точки зрения практики отсутствие проблем было бы катастрофой — не с чем было бы работать. Страдание, при условии принятия, повышает эмпатию, и тот, кто сам перенес страдания, может помочь другим. Еще одна вариация этой идеи — именно в слабости пациента заключается его сила (например, именно настойчивость пациента при "сопротивлении" изменениям заставляет его действовать до тех пор, пока изменения наконец не произойдут).

То, что недостатки можно обратить в достоинства, еще не значит, как любят утверждать некоторые терапевты, что "недостатки" в жизни пациентов и есть "достоинства", только они этого не понимают. Пациент может решить, что терапевт просто не воспринимает его проблемы всерьез, — в этом заключается одна из опасностей такой стратегии. Задача терапевта вовсе не в том, чтобы преуменьшить трудности обращения недостатков в достоинства. В действительности поиск путей такого обращения может быть таким же трудным, как и поиск иголки в стоге сена. Эту технику нельзя применять с наскока. Эффективность техники обращения не-

достатков в достоинства зависит от такого качества терапевтических отношений, когда пациент знает — терапевт глубоко сострадает его мукам. И даже в таком контексте эту стратегию следует применять осторожно, с юмором. Например, когда я веду тренинг навыков, пациенты скоро понимают, что я могу радоваться самым жестоким кризисным ситуациям в их жизни как возможностям научиться новым навыкам или применить усвоенные. Несообразность моей реакции ("Это же чудесно!") на проблемную ситуацию пациента ("Меня уволили") заставляет пациента остановиться и принять новую информацию (о том, что у него есть возможность применить навыки межличностной эффективности, эмоциональной регуляции или перенесения дистресса в зависимости от того, что изучается). Задача терапевта — указать пациенту на то, что солнце по-прежнему светит, не отрицая при этом того, что в данный момент оно закрыто тучкой.

7. ВАЖНОСТЬ ЕСТЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Диалектика предполагает, что действительность представляет собой процесс, развитие и изменение. Таким образом, введение в терапию искусственной стабильности и последовательности было бы недиалектично по сути. В отличие от многих других терапевтических подходов, ДПТ не препятствует нестабильности и изменениям в терапии и не требует сохранения стабильной терапевтической среды. Физическое окружение может время от времени меняться; время психотерапевтических сеансов может меняться; разные терапевты, работающие с определенным пациентом, могут говорить ему разные вещи. Изменению, развитию и непоследовательности, присущим любой среде, дается зеленый свет, позволяется естественное устройство мира. Ключевые слова здесь — "позволяется" и "естественное". Позволять изменения — совсем не то же самое, что вводить изменения ради изменений; это было бы искусственным изменением. Естественные изменения — те, которые обусловлены существующими условиями, а не навязаны извне.

Стабильность и последовательность более удобны для пациентов с ПРЛ, и многим пациентам изменения даются чрезвычайно тяжело. С этой точки зрения, открытость изменениям, в безопасных условиях, может иметь терапевтический характер. Избегание изменения в контексте терапевтических отношений не оставляет пациенту возможности для комфорта при изменениях, неопределенности, непредсказуемости и непоследовательности. (Фактически, возможность научиться эффективному совладанию с изменением — это достоинства, в которые обращаются недостатки опыта непредсказуемости, который пациенты переживают, порой сталкиваясь с непоследовательным поведением терапевтов). Искусственная стабильность и предсказуемость в терапевтических отношениях также ограничивают возможность генерализации научения в терапевтическом контексте на более естественные отношения, которые часто характеризуются некоторой степенью неопределенности и непредсказуемости.

Означает ли это, что в ДПТ вообще нет последовательности? Вовсе нет. Последовательность в ДПТ напоминает неподвижные массы воды под океанскими волнами, которые снова и снова обрушиваются на берег и отступают назад. Последовательность ДПТ вполне реальна, но не столь очевидна. С технической точки зрения, последовательность необходима только в том, чтобы поведенческий

прогресс подкреплялся, а дисфункциональное существующее положение вещей и откат назад — нет. Таким образом, терапевт должен все время быть на стороне пациента и быть готовым изменить ход терапии, чтобы способствовать благополучию последнего. Именно эта последовательная забота о пациенте делает терапевтические отношения достаточно безопасными для того, чтобы открытость изменениям была полезной.

8. ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Многое из того, что происходит в любой терапии, можно считать "оценкой": т.е. терапевт и пациент пытаются выяснить, что именно на что влияет; какие факторы заставляют индивида действовать, чувствовать и мыслить определенным образом; что идет хорошо и что плохо в жизни пациента и в терапии; что происходит в данный момент. То, куда терапевт направляет пациента в поиске ответов, зависит от теоретической ориентации клинициста. Американская психология и психиатрия вообще и большинство теоретических подходов к ПРЛ в частности имеют тенденцию к поиску источника расстройства в самом индивиде, а не в его социальном и физическом окружении. Хотя психологические теории обычно приписывают первостепенную роль ранним средовым событиям в развитии проблем пограничных индивидов, большинство теоретических школ едва ли уделяют внимание роли нынешнего окружения в возникновении и сохранении проблем индивида. При этом много внимания уделяется расстроенной биологии, дисфункциональным когнитивным схемам, неадекватным объектным отношениям и недостатку навыков. Для пограничных индивидов характерно принятие того допущения, что их проблемы являются результатом личной неполноценности. Многие пациенты с ПРЛ считают себя законченными неудачниками, неспособными измениться.

Однако следует помнить, что диалектическое мировоззрение — это целостное, системное мировоззрение. Паттерны влияния обоюдны и тяготеют к развитию. Идентичность относительна. Диалектическая оценка требует, чтобы терапевт вместе с пациентом постоянно искал то, что упущено и чего не хватает в индивидуальных или личных объяснениях нынешнего поведения либо текущих событий. Вопрос, который всегда остается открытым, звучит так: "Чего здесь не хватает?" Оценка не ограничивается непосредственным окружением, контекстом семьи, в которой вырос пациент, или контекстом иного опыта научения в прошлом (хотя и им тоже уделяется внимание). Оценка также затрагивает социальные, политические и экономические факторы влияния на поведение пациента в данное время. Роберт Сайп высказывает примерно ту же мысль, цитируя Трента Шройера.

> Диалектическое осознание... — это то, что "возвращает недостающие элементы исторической формулировке себя, восстанавливает действительную подлинность вместо ложной наружности", так что мы можем "смотреть сквозь социально неоправданные системы власти и управления". Воспринимая наш психологический и социальный мир таким, какой он на самом деле, мы видим реальные возможности для его трансформации... По мере того, как восстанавливаются недостающие элементы, возникает новое в*и*дение потенциалов психологического изменения, которое прежде было недоступно (*Sipe, 1986, pp. 74-75*).

Диалектическая оценка, и это особенно касается работы с женщинами, обращает внимание индивида на важное значение культурно закрепленного сексизма и ожиданий, связанных с определенной половой ролью, для проблем индивида. Половая роль, социальный класс, религиозные, расовые и региональные ожидания, предъявляемые к поведению человека, с диалектической точки зрения рассматриваются как значимые факторы влияния на поведение индивида, включая проблемное поведение. Допускается возможность того, что ПРЛ представляет собой совместное расстройство личности и среды.

Пациенты с ПРЛ часто жалуются, что чувствуют себя чужеродным элементом. что не "вписываются" в окружение; они чувствуют себя изолированными или отчужденными от той культуры, в которой живут. И действительно, их поведение свидетельствует о том, что им очень трудно приспосабливаться к социальному миру, в котором им приходится существовать. Традиционное решение этой проблемы — выяснить, как индивид может изменить себя, чтобы вписаться в окружение или чтобы смириться со своим положением. А социальный контекст, в котором находится пациент, зачастую квалифицируется как естественный ("так уж устроен мир") и не подлежащий изменению. Идея о том, что изъян может находиться в социальной плоскости — в социальных отношениях того общества, членом которого является пациент, — зачастую вовсе не рассматривается. Эта ложная тенденция настолько распространена, что индивиду не остается ничего другого, как верить в то, что он сам виноват в своих проблемах. Диалектическая оценка требует изучения широкой социальной сети и ее взаимосвязей с более узким личным контекстом. Направленность меняется, и рассматриваются возможности изменений, которые индивид может произвести в среде. Диалектическая оценка направлена на внедрение идеи о том, что возможна другая культура — культура, в которой индивид сможет найти свою нишу.

То же относится к анализу влияния, оказываемого терапевтической структурой на благополучие пациента с ПРЛ. Были разработаны правила и нормы относительно ожидаемого терапевтического прогресса. Иногда кажется, что эти нормы и правила тоже естественны и все должно быть именно так, как они требуют. Но такая позиция может обусловить некоторую жесткость терапевтического поведения. Соблазнительно решить, что если состояние пациента не улучшается, проблема именно в нем, а не в терапии. Пациента подгоняют под терапию — это легче, чем подогнать терапию под пациента. Диалектическая оценка требует признания открытости для выявления возможного угнетающего или ятрогенного влияния некоторых терапевтических норм и стилей при работе с пограничными пациентами. Такой анализ расширит возможности терапии и обеспечит развитие терапевтических процедур и отношений с максимальной пользой как для пациентов, так и для терапевтов.

Заключение

Диалектические стратегии, предложенные в этой главе, легко можно принять за некие трюки, фокусы или игру (хотя и очень сложную). Именно в игру они и превратятся, если не будет заботы, честности и преданности терапевта своему делу.

Диалектическая парадигма требует, чтобы терапевт охватывал оба противоположных полюса каждой оси, чтобы он верил, что не обладает абсолютной истиной, и чтобы всеми силами искал недостающие составляющие в имеющихся способах (как пациента, так и своем собственном) конструирования мира и реагирования на него. Одним словом, терапевту необходимо смирение — противовес той позиции превосходства, которую занимает человек, использующий известные ему одному трюки или уловки. Конечно, это не исключает возможности игры — такой игры, которая облегчает общение как для терапевта, так и для пациента. Но чтобы такие игры были полезными и действенными, они должны создавать равные условия для партнеров и не быть жестокими.

Каждая стратегия, описанная в этой главе, может быть извращена или применяться неправильно. Один из аспектов парадокса заключается в том, что парадоксальное утверждение лишено явного смысла, оно кажется нонсенсом; однако не всякий нонсенс может быть парадоксом. Метафора и повествование могут использоваться не по назначению — чтобы уклониться от прямого ответа, отвлечь внимание, потянуть время или произвести впечатление. История может быть завораживающей, но не иметь никакого отношения к рассматриваемой проблеме. Техника "адвоката дьявола" используется эффективнее всего, если терапевт выбирает такую позицию, которая признает приверженность пациента к особенно дисфункциональному правилу или представлению. Хуже всего, если при использовании этой техники терапевт унижает пациента или ставит его в неловкое положение. "Продление" легко может перерасти в сарказм и враждебность — особенно в том случае, если терапевт чувствует себя объектом манипуляций из-за угроз или обостренных реакций пациента. Стратегия активации "мудрого разума" обладает большим потенциалом для обращения к внутренней мудрости пациента; однако в равной мере терапевт может злоупотреблять этой стратегией для выпячивания собственной мудрости. Терапевт может забыть о том, что обращение недостатков в достоинства требует умений. Если терапевт не понимает того, что сам пациент не обладает такими умениями, "достоинства" могут получиться с изъянами, что подорвет доверие пациента к терапевту. Стратегии естественного изменения могут использоваться как прикрытие для искусственной непоследовательности терапевта, неисполненного обещания, неспособности спланировать терапию, плохого настроения. Наконец, диалектическая оценка без тщательного тестирования и анализа может создавать и подтверждать иллюзии терапевта. Терапевт может бездумно пренебрегать проверенными временем традициями и правилами терапевтического взаимодействия, иногда с катастрофическими последствиями для пациента или себя самого. Вместе с грязной водой можно выплеснуть и младенца.

Примечания

1. В большей или меньшей степени все терапевтические подходы акцентируют те же диалектические принципы, упомянутые в этой главе. Например, психодинамическая терапия уделяет внимание динамическому напряжению и конфликтам в индивиде. Поведенческие подходы занимаются целостной взаимосвязью индивида и его окружения. Когнитивные подходы сосредоточены на наблюде-

нии и принятии действительности в том виде, в котором она существует в данный момент, чтобы помочь пациенту измениться. Таким образом, это правда, что акцент на диалектических принципах в ДПТ не представляет собой "ничего нового".

2. В этой и в следующих главах заголовки, набранные заглавными буквами, обращают внимание читателя на определенные терапевтические стратегии.

8

Базовые стратегии: валидация

Как уже упоминалось в начале главы 7, валидация и стратегии решения проблем образуют ядро ДПТ, все остальные стратегии выстраиваются вокруг них. Стратегии валидации — наиболее очевидные и непосредственные стратегии принятия в ДПТ. Валидация сообщает пациенту, что его поведение имеет смысл и понятно в данном контексте. С помощью терапевта пациент пытается понять собственные действия, эмоции, мысли, а также имплицитные правила. И наоборот, стратегии решения проблем относятся к наиболее очевидным и непосредственным стратегиям изменения в ДПТ. При решении проблем терапевт вовлекает пациента в анализ его собственного поведения, нацеливает на изменения и помогает предпринять активные действия к изменению поведения.

Как уже упоминалось в главе 4, неадаптивное поведение часто выступает в качестве метода решения проблем, которые пациент хочет устранить или разрешить. Однако с точки зрения терапии устранению подлежит именно это неадаптивное поведение. Если говорить несколько упрощенно, стратегии валидации подчеркивают правоту, заключенную в точке зрения пациента, а стратегии решения проблем — правоту терапевта. Упрощенным такое понимание следует считать потому, что иногда перспектива меняется: пациент рассматривает собственное поведение как проблемное и подлежащее изменению, а терапевт сосредоточивается на принятии пациента и его поведения такими, каковы они в данный момент. И стратегии валидации, и стратегии решения проблем используются при каждом взаимодействии с пациентом. Многие тупики в терапии индивидов с ПРЛ возникают вследствие рассогласования этих стратегий.

С клинической точки зрения человек с ПРЛ предстает прежде всего как индивид, страдающий от чрезвычайной эмоциональной боли. Пациент умоляет, а иногда и требует, чтобы терапевт каким-либо образом изменил существующее положение вещей — чтобы он смог почувствовать себя лучше, перестал совершать деструктивные действия, чтобы его жизнь стала более приемлемой. Очень соблазнительно, учитывая страдания пациента и трудности изменения его окружения, направить

всю энергию терапии на изменение его самого. В зависимости от теоретической ориентации терапевта терапия может быть сосредоточена на роли иррациональных мыслей, допущений или схем в дисфункциональных отрицательных эмоциях, участии неадекватного межличностного поведения или мотивов в проблемах межличностных отношений, роли эмоциональной реактивности и интенсивности в проблемах жизни в целом и т.д. Терапия обычно состоит в применении технологий изменения с направленностью на изменение поведения, личности или биологических паттернов пациента.

Такая направленность терапии во многом воссоздает инвалидирующее окружение, в котором именно пациент был проблемой и должен был измениться. Ориентируя пациента на изменение, терапевт может подтвердить самые худшие опасения пациента: получается, что он действительно не может доверять собственным эмоциональным реакциям, когнитивным интерпретациям или поведенческим реакциям. Недоверие и непринятие собственных реакций на события, самопроизвольные или исходящие от других людей, оказывают чрезвычайно негативное влияние. В зависимости от обстоятельств, это может вызвать страх, гнев, стыд или комбинацию этих эмоций. Таким образом, отрицательное подкрепление может быть следствием самой направленности терапии на изменения, поскольку неизбежно вызывает непринятие себя. Неудивительно, что пациент при этом прибегает к избеганию или сопротивлению.

К сожалению, терапевтический подход, основанный на безусловном принятии и валидации поведения пациента, оказывается в равной мере проблемным и, как это ни парадоксально, тоже может иметь обратный эффект. Если терапевт убеждает пациента в необходимости принятия себя, у пациента может сложиться впечатление, что его проблемы не воспринимаются серьезно. Терапия, основанная исключительно на принятии, убивает надежду пациента на возможность изменений, поскольку игнорирует восприятие пациентом собственной жизни как неприемлемой и невыносимой.

Чтобы избежать подобных тупиковых ситуаций, ДПТ занимается установлением баланса между терапевтическими стратегиями, основанными на принятии, и стратегиями изменения. Основная направленность терапии — обучение пациента как валидации, так и изменению себя. Самое главное, терапия пытается помочь пациенту понять, что реакции могут быть адекватными и уместными и в то же время дисфункциональными и подлежащими изменению (подобная идея встречается у Ф. Уоттса (*Watts, 1990*)). Однако точка равновесия терапии постоянно меняется; в результате терапевт должен сохранять гибкость, быстро реагировать и менять стратегии. Признание необходимости в гибкости и синтезе либо равновесии комплементарных или противоположных полюсов — причина того, что диалектика стала теоретической основой ДПТ.

Определение валидации

Сущность валидации состоит в следующем: терапевт дает пациенту понять, что его реакции имеют смысл и понятны в *нынешнем* контексте его жизни или в *данной* ситуации. Терапевт активно принимает пациента и делает это так, что тот понима-

эту позицию специалиста. Терапевт серьезно относится к реакциям пациента и не пытается преуменьшить их значимость или пренебречь ими. Стратегии валидации требуют от терапевта поиска и отражения (для пациента) значения, присущего реакциям индивида на события. При воспитании непослушных детей родители должны застать их в тех ситуациях, когда они хорошо себя ведут, и подкрепить их поведение. Точно так же терапевт должен помочь пациенту увидеть смысл его собственных реакций, иногда несколько преувеличить этот смысл, а затем подкрепить его. На ранних стадиях индивидуальной психотерапии стратегии валидации могут нести основную терапевтическую нагрузку.

Вероятно, будет легче осознать, что такое валидация, если понять, что *не* является валидацией. Указание на то, что реакция индивида в прошлом была функциональной, но на данном этапе перестала быть таковой, будет скорее противоположностью валидации. Например, пациент может сказать, что терапевт все время им недоволен. Если терапевт станет сразу же отрицать это, а затем обратит внимание пациента на то, как опыт других межличностных отношений мог привести к такой установке, специалист тем самым снова не примет слова пациента. Терапевт может показывать пациенту, что он вполне нормален и что в контексте его предыдущего опыта реакция пациента была бы уместной, но при этом не подтверждает уместность реакции в текущей ситуации. Валидация истории пациента — совсем не то же самое, что валидация его нынешнего поведения.

Точно так же терапевт не принимает реакцию пациента, если утверждение последнего интерпретируется как проекция его собственного недовольства на специалиста. Почти каждая реакция *ad hominem** (или *ad feminam***) — такая, как эта, например — обесценивает содержание точки зрения пациента. Хотя подобные аргументы тоже могут иметь смысл сами по себе, они инвалидируют данное утверждение пациента и едва ли будут восприняты как валидирующие. Если бы терапевт сначала занялся анализом своего поведения с целью установления таких его особенностей, которые действительно могли говорить о его недовольстве, затем обсудил с пациентом свои эмоции, которые эти особенности отражают, такая реакция была бы валидирующей. Наконец, применять валидацию не означает просто повышать настроение или самооценку пациента. Если пациент говорит, что он глуп, возражение и утверждение обратного будет означать непринятие самоощущения пациента.

Валидация включает три этапа. Первые два из них применяются почти во всех без исключения терапевтических школах. Третий этап характерен и существенно важен для ДПТ. Эти этапы описаны ниже.

1. *Активное наблюдение.* Во-первых, терапевт собирает информацию о том, что произошло с пациентом или что происходит с ним в данный момент, прислушивается и наблюдает за тем, что пациент думает, чувствует и делает. Самое главное при этом — бдительность и внимание специалиста. Терапевт оставляет теории, предубеждения и личные пристрастия, которые мешают наблюдать действительные эмоции, мысли и поведение пациента. Если терапевт работает

---

* *Ad hominem* (лат.) — применительно к человеку; аргумент, апеллирующий не к логике, а к чувствам оппонента. — *Примеч. ред.*

** *Ad feminam* (лат.) — применительно к женщине. — *Примеч. ред.*

в рамках учреждения или клиники, он не принимает во внимание отзывы о пациенте своих коллег или других пациентов. Терапевт прислушивается к сообщениям пациента и наблюдает за его действиями. Кроме того, специалист использует "третье ухо", подмечая невысказанные явно эмоции, мысли, ценности и представления. Терапевт также использует "третий глаз", чтобы "увидеть" не проявленные внешне действия пациента. В начале терапии специалисту зачастую необходима способность "читать мысли" пациента — это напоминает инфракрасную съемку в темноте. С помощью терапевтического "формирования", или шейпинга, пациент со временем сможет производить подобную "съемку" самостоятельно.

2. *Отражение.* Во-вторых, терапевт адекватно отражает собственные чувства, мысли, допущения и поведение пациента. На этом этапе существенно важно неосуждающее отношение к пациенту. Терапевт дает понять пациенту, что относится к нему с вниманием, что он услышан. От терапевта требуются: адекватная эмпатия; понимание представлений, ожиданий или допущений пациента (но не обязательно согласие с ними); а также узнавание поведенческих паттернов. С помощью диалога терапевт помогает пациенту выявить, описать и назвать собственные паттерны реакций. Терапевт часто обращается к пациенту за подтверждением, спрашивая: "Вы согласны?", "Правильно?" Таким образом, пациент имеет возможность не согласиться с терапевтом. С помощью отражения терапевт часто высказывает то, что пациент понимает, но боится высказать или признать. Отражение, особенно если терапевт "сам это говорит", может быть мощным средством валидации: пациенты с ПРЛ часто воспринимают себя вполне адекватно, но пренебрегают собственным восприятием из-за привычного недоверия к себе.
3. *Непосредственная валидация.* В-третьих, терапевт ищет и отражает смысл или уместность реакции пациента, а также сообщает пациенту о том, что его реакция понятна. Терапевт находит такие стимулы в данной среде, которые поддерживают поведение пациента. Даже если недоступна информация относительно всех имеющих отношение к делу причин, чувства, мысли и действия пациента вполне осмысленны в контексте его нынешнего опыта и истории. Поведение адаптивно к тому контексту, в котором оно наблюдается, и терапевт должен обнаружить смысл этой адаптации. Терапевта не должен смущать дисфункциональный характер реакции пациента. Наоборот, терапевт должен сосредоточиваться на тех аспектах реакции пациента, которые осмысленны или уместны в данном контексте. Таким образом, терапевт отыскивает в реакциях пациента существенную уместность, адекватность и разумность, прежде чем заниматься их дисфункциональными характеристиками. Какой бы незначительной ни казалась уместность поведения, терапевт отыскивает и отвечает на нее. Именно на этом, третьем этапе терапевт проводит основной поиск, и именно он лучше всего определяет суть валидации. Отыскивая смысл в реакциях пациента, терапевт помогает ему принять себя.

Поиск смысла носит диалектический характер, который проявляется в том, что терапевт должен найти зернышко смысла и истинности в реакциях пациента, которые в целом могут быть дисфункциональными. Иногда валидация реакций паци-

нта напоминает нахождение золотого самородка в старательском лотке с песком. Одна из посылок ДПТ состоит в том, что в каждом "лотке" обязательно есть "золотой самородок", каждой реакции присущ внутренний смысл. Однако внимание к "самородку" не исключает внимания к "песку". Стратегии валидации уравновешиваются стратегиями решения проблем, которые направлены на обнаружение характеристик пациента, подлежащих изменению, и работу над ними.

Существует четыре типа стратегий валидации. Первые три — эмоциональная, поведенческая и когнитивная валидация — очень похожи. В этой главе они различаются только для того, чтобы обсудить некоторые особенности, важные для терапии пациентов с ПРЛ. Четвертый тип, направляющее ободрение, отличается тем, что терапевт признает скрытые способности пациента — те, которые не всегда очевидны для него самого. Если эмоциональная, когнитивная и поведенческая валидация воспринимаются пациентом достаточно однозначно, ободрение иногда производит на пациента совсем иное впечатление. Хотя каждая из этих стратегий включает все три упомянутых выше этапа, терапевт может варьировать их порядок в зависимости от необходимости.

Для чего нужна валидация?

Хотя потребность в валидации пациентов с ПРЛ может показаться очевидной, особенно тому, кто прочитал предыдущие страницы этой книги, терапевтам зачастую очень трудно сохранять валидирующую парадигму, поэтому объяснение необходимости валидации никогда не бывает лишним. Обобщая все сказанное выше, хочу отметить, что, во-первых, валидация необходима для уравновешивания стратегий изменения. Количество валидации, которое должно приходиться на единицу изменения, будет разным для разных пациентов, а также на разных этапах терапии одного и того же пациента. Как правило, для пациента с низкой уверенностью в себе, не склонного к вербализации своих эмоций и мыслей, замыкающегося в себе при конфронтации, доля валидации должна быть выше, чем для воинственного пациента, который, будучи не менее уязвимым и чувствительным, может "удержаться в седле" при атаке чувств. Доля валидации также должна соответствующим образом увеличиваться для всех пациентов при усилении средового стресса (как в контексте терапии, так и вне его). Доля валидации должна повышаться и при обсуждении особенно болезненных тем. Потребность в валидации может меняться даже на протяжении одного психотерапевтического сеанса. Терапию пациентов с ПРЛ можно сравнить со следующей ситуацией. Пациент стоит рядом с пропастью. Терапевт толкает его еще ближе к краю обрыва, и когда пациент чувствует под ногами кромку скалы, терапевт (с помощью валидации) оттаскивает пациента назад, в безопасное место.

Во-вторых, валидация нужна для того, чтобы научить пациента принятию себя. Как я уже говорила в главе 2, пациент с ПРЛ часто сталкивается с двумя несовместимыми, но весьма влиятельными источниками информации: его собственными мощными реакциями на события и противоречащими им (но зачастую не менее мощными) реакциями других людей. Хотя ДПТ вовсе не считает, что пациенты с ПРЛ никогда не искажают событий, подход ДПТ характерен тем, что сначала необходимо обнаружить тот аспект события, который не был искажен.

Искажение событий — скорее следствие эмоциональной дисфункции, чем ее причина. Опыт недоверия к себе, если он устойчив и продолжителен, носит чрезвычайно аффективный характер. Как минимум, люди должны доверять собственному решению относительно того, кому верить — себе или другим. Преувеличение значения событий зачастую выступает попыткой добиться валидации первоначальной, вполне уместной точки зрения на события.

Секрет эффективного использования валидации — знать, когда ее следует использовать, а когда нет, когда начинать, а когда прекращать ее применение. Это может быть особенно трудно на фоне интенсивных эмоций. Для некоторых пациентов терапия была бы почти эмоциональным катарсисом, если бы терапевт допустил это. Для достижения прогресса необходимо уметь прекращать выражение эмоций и переключаться на решение проблем. Особенно важно для терапевта не использовать стратегии валидации непосредственно после дисфункционального поведения, которое поддерживается за счет стремления добиться валидации со стороны окружения. (Использование терапевтических стрессовых ситуаций для модификации поведения подробно обсуждается в главе 10.) Иногда лучшей стратегией будет игнорирование нынешнего дистресса пациента и немедленный переход к решению проблем — образно говоря, терапевту нужно бежать вперед, увлекая за собой пациента. Валидация может принимать форму краткого комментария или отступления при обсуждении других вопросов, или же она может составлять направленность всего психотерапевтического сеанса. Как и в случае других стратегий ДПТ, их использование должно быть целенаправленным и функциональным. Они должны использоваться в том случае, если непосредственная задача — успокоить пациента, который испытывает настолько сильное эмоциональное возбуждение, что не может говорить ни на какие другие темы; исправить терапевтические ошибки; сформировать навыки пациента, позволяющие некритически наблюдать за собой и отказаться от уничижительного описания себя (т.е. научить пациента принимать себя); изучить нынешние переживания пациента либо переживания, сопровождающие определенное событие; или обеспечить валидирующий контекст для изменения.

СТРАТЕГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВАЛИДАЦИИ

Пациенты с ПРЛ переходят от сдерживания эмоций к высокой эмоциональной реактивности. Одни пациенты тяготеют к сдерживанию эмоционального выражения во время терапевтического взаимодействия со специалистом; другие находятся в состоянии постоянного эмоционального кризиса; есть такие, которые постоянно колеблются между первым и вторым. Эти фазы подробнее описываются в главах 3 и 5. Эмоциональная валидация связана с различными трудностями в зависимости от того, в каком состоянии находится пациент. Если говорить об индивиде в фазе сдерживания, эмоциональная экспрессия напоминает слабенькие язычки пламени костра в дождливый день. Терапевт должен быть очень осторожен, чтобы не потушить эмоцию поспешными и поверхностными замечаниями, объяснениями, интерпретациями. Здесь очень важно обучить пациента наблюдать собственные эмоции, быть способным “считывать” эмоции при минимуме информации и оста-

заться открытым к признанию возможных ошибок. Если речь идет об эмоционально реактивном пациенте, то, наоборот, задача состоит в том, чтобы валидировать эмоцию, не допуская ее эскалации. В этом случае важно обеспечить возможности эмоционального выражения и отражения эмоций.

Стратегии эмоциональной валидации отличаются от подходов, которые сосредоточены на чрезмерной активности эмоций или искажении принципа их образования. Они больше напоминают подходы, которые описали Л. Гринберг и Дж. Сафран. Ученые различали первичные, или "аутентичные", эмоции и вторичные, или "выученные", эмоции. Последние рассматриваются как реакции на первичную когнитивную оценку и эмоциональные реакции, они выступают конечным продуктом цепочек чувств и мыслей. Дисфункциональные и неадаптивные эмоции, по Гринбергу и Сафрану, обычно представляют собой вторичные эмоции, которые блокируют переживание и выражение первичных эмоций. Авторы далее предполагают, что "все первичные аффективные реакции обеспечивают адаптивную мотивационную информацию для организма" (*Greenberg & Safran, 1987, p. 176*). Очень важный момент здесь состоит в предположении, что дисфункциональные и неадаптивные реакции на события часто соединяются или переплетаются с "аутентичными", уместными реакциями на события. Обнаружение и усиление этих первичных реакций составляет сущность эмоциональной валидации. Невозможно переоценить значение честности терапевта при применении этих стратегий. Если стратегии эмоциональной валидации используются в качестве стратегий изменения (т.е. если терапевт просто пытается "заговорить" пациента, чтобы потом перейти к "основной работе", когда пациент успокоится), можно ожидать провала терапии. Честность терапевта в свою очередь зависит от его веры в то, что в ситуации пациента действительно присутствуют уместные эмоциональные реакции и что их поиск терапевтически оправдан.

Как правило, пациент с ПРЛ не способен выявить эмоции, которые переживает, обычно из-за того, что одновременно (или в быстрой последовательности) переживаются несколько эмоций. В некоторых случаях вторичная эмоциональная реакция пациента (например, страх, стыд, гнев) на первичную может быть такой интенсивной, что разрушает или подавляет первичную эмоцию прежде, чем пациент успеет ее испытать, обработать и квалифицировать. В других случаях пациент может интенсивно переживать одну эмоцию и сообщать о своих страданиях, однако не может перейти к более полному описанию своих переживаний. Пациент может сообщать, что в повседневных ситуациях он осознает свои эмоции "задним числом". Важная направленность терапии — помочь пациенту наблюдать и описывать свое эмоциональное состояние в данный момент с неосуждающей позиции, разграничивать описание эмоции и событий, которые ее вызвали.

Пациент с ПРЛ часто отчуждается от чрезвычайно сильных эмоций, почти не выказывая внешних симптомов эмоционального возбуждения. Очень пассивное поведение подчас может свидетельствовать о том, что пациент избегает или сдерживает все эмоциональные реакции, которые в других случаях возникли бы при данных обстоятельствах. Иногда это только неполное убегание или избегание — пациент частично реагирует, частично сдерживает эмоцию. Например, пациент может испытывать грусть или страх, не выражая свои переживания посредством мимики или

положения тела или выражая их. Или же пациент может чувствовать побуждение к действию, которое обычно ассоциируется с определенной эмоцией (например, закричать, выбежать из кабинета, ударить терапевта), не переживая соответствующей эмоции или физиологических изменений. ДПТ не предполагает, что пациент испытывает эмоции, не осознавая этого, т.е. просто не знает о своих переживаниях. Если пациент хочет ударить терапевта, это не обязательно значит, что он испытывает по отношению к нему гнев. Проблема в данном случае может состоять как раз в том. что он *не* реагирует посредством чувства гнева, т.е. пациент избегает или сдерживает реакцию, которая имела бы место при иных обстоятельствах.

Работая с пациентом, который сдерживает переживание и выражение эмоций. терапевт должен быть очень внимательным, чтобы обнаружить как подавляемую эмоцию, так и те трудности, которые препятствуют спонтанному выражению данной эмоции. Понимание факта сдерживания обычно требует умелой поведенческой оценки (подробнее об этом — в главе 9). Например, пациент может автоматически избегать эмоциональных реакций или сдерживать выражение эмоций вследствие классического обусловливания (глава 3). Вторичные эмоции, как уже упоминалось. устраняют полное переживание и/или выражение первичных эмоций или препятствуют им. Наконец, многие пациенты обладают весьма устойчивыми убеждениями относительно правомерности различных эмоций.

При работе с пациентом, который переживает эмоциональный кризис или выражает интенсивные эмоции, терапевт должен быть очень осторожным, чтобы не использовать валидацию как технику ослабления эмоции, — что, к сожалению, очень часто имеет место. По моим наблюдениям, терапевты больше всего боятся того, что, признавая или валидируя эмоциональный опыт индивида с ПРЛ, они тем самым вознаграждают это эмоциональное поведение, и оно будет продолжаться и даже усиливаться. В других случаях терапевты, как и пациенты, боятся, что вследствие валидации пациентов они игнорируют свой собственный эмоциональный опыт. В таких случаях специалисты испытывают соблазн применить наказание, чтобы ослабить эмоцию. Едва ли это сработает, а если даже и сработает, то пациент вернется к сдерживанию эмоций, а при повторении данной ситуации будет иметь место интенсивная реакция. Однако когда пациент понимает, что его слушают и слышат, что его воспринимают серьезно, он обычно успокаивается. Если терапевт воспринимает эмоции пациента серьезнее, чем он сам (диалектическая стратегия "продления"), пациент может начать успокаивать специалиста. Конкретные стратегии валидации обсуждаются ниже, суммарный обзор стратегий представлен в табл. 8.1.

1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫРАЖЕНИЯ

Пациенту в состоянии сильного кризиса часто требуется довольно много времени для выражения и обработки эмоций в рамках психотерапевтического сеанса. Попытки терапевта контролировать интенсивное выражение эмоций могут встречать сильное сопротивление, включая утверждения о том, что терапевт не понимает состояния пациента. В подобных случаях терапевту следует просто слушать, идентифицировать, прояснять и непосредственно валидировать чувства пациента с некритическим отношением. Как я уже говорила, пациент постепенно успокоится и будет

Таблица 8.1. Стратегии эмоциональной валидации

Обеспечение возможности ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫРАЖЕНИЯ; проявление эмпатии и принятие чувств пациента:
- терапевт принимает выражение пациентом своих эмоций с некритическим и благожелательным отношением;
- терапевт реагирует на попытки пациента модулировать эмоциональное выражение или изменить тему обсуждения таким образом, чтобы сохранить структуру и в то же время выразить свое сочувствие к эмоциональной боли и трудностям пациента.

Обучение НАБЛЮДЕНИЮ И ОБОЗНАЧЕНИЮ эмоций; терапевт помогает пациенту остановиться, вернуться назад и обратить внимание на составляющие эмоциональной реакции:
- терапевт направляет внимание пациента на его собственный опыт переживания эмоций;
- терапевт помогает пациенту описывать и называть телесные ощущения, связанные с определенными эмоциями;
- терапевт помогает пациенту описывать и называть мысли, предположения и интерпретации ситуаций, связанных с теми или иными чувствами;
- терапевт помогает пациенту описывать связанные с чувствами стремления и желания;
- терапевт помогает пациенту описывать тенденции действия и связанные с чувствами побуждения;
- терапевт помогает пациенту наблюдать и описывать мимику и позы, которые могут быть связаны с теми или иными чувствами.

ЧТЕНИЕ ЭМОЦИЙ; терапевт в некритической манере выражает эмоциональные реакции, которые пациент может выражать только частично:
- терапевт использует чтение эмоций все меньше по мере терапевтического прогресса пациента;
- терапевт задает пациенту вопросы относительно его чувств, предлагая несколько вариантов ответа.

Терапевт СООБЩАЕТ ОБ УМЕСТНОСТИ ЭМОЦИЙ пациента:
- терапевт сообщает, что эмоциональная реакция пациента (как составляющая более широкой реакции) понятна, уместна или имеет значение в контексте данной ситуации ("Это совершенно нормальные чувства!");
- терапевт указывает на то, что даже при обостренной реакции пациента или реакции, обусловленной "искаженным" восприятием ситуации, пациент, тем не менее, ориентируется на определенные реальные компоненты своего поведения или окружения (т.е. присутствует определенный стимул, вызывающий данную реакцию);
- терапевт учит пациента тому, что все виды поведения, в том числе эмоции, обусловлены определенными факторами;
- терапевт предлагает объяснение эмоциональных реакций как развивающегося явления, основанного на научении (или подводит к этому пациента).

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт настаивает на своем восприятии чувств пациента; не признает возможности того, что его предположения относительно эмоций пациента могут быть ошибочными;
- терапевт критикует эмоции пациента;
- терапевт подчеркивает иррациональный характер или искажения эмоций, не признавая существования "крупицы истины";
- терапевт реагирует на болезненные эмоции как на нечто неудобное, от чего необходимо избавиться;
- терапевт выражает только личный дискомфорт в связи с болезненными эмоциями пациента;
- терапевт подкрепляет дисфункциональное эмоциональное выражение, останавливая процедуры изменения и применяя продолжительную валидацию всякий раз, когда такое выражение имеет место.

готов для более направленного решения проблем. Открытые вопросы о чувствах пациента на этом этапе, скорее всего, малопригодны. Обычно они только продлевают интенсивность эмоций, в то время как рефлективные вопросы о чувствах пациента либо особенностях окружения могут помочь ослабить интенсивность.

Возможности для эмоционального выражения в равной мере важны для пациента в фазе сдерживания. Однако в этом случае задача терапевта — обеспечить структуру, достаточную для сообщения эмоций, но не слишком избыточную, чтобы избыток структуры не повлек дальнейшего отчуждения пациента. "Достаточная структура" обычно подразумевает вопросы об эмоциональных реакциях, за которыми следуют паузы, достаточно длинные, чтобы пациент смог ответить. Необходимые условия для этого — терпение и способность молчать. Также требуется способность определять, когда пауза слишком затягивается. Слишком долгое молчание может привести к дальнейшему отчуждению пациента. Если пауза затягивается, терапевт начинает говорить, время от времени задавая пациенту вопросы относительно его чувств, и снова делает паузы, давая пациенту возможность ответить.

2. ОБУЧЕНИЕ НАБЛЮДЕНИЮ И ОБОЗНАЧЕНИЮ ЭМОЦИЙ

Навыки наблюдения и обозначения эмоционального опыта и состояний — важная цель обучения эмоциональной регуляции. Терапевт должен владеть этими навыками и помогать пациенту интегрировать их в повседневную жизнь. Может возникнуть необходимость отдельного тренинга этих навыков, если терапия не предусматривает такового или если навыки нужны до начала терапии. Некоторые пациенты с ПРЛ хорошо справляются с наблюдением и описанием эмоций, способности других в этом плане не развиты — они живут в эмоциональном "тумане". Последние понимают, что испытывают нечто, но не знают, что именно, и не могут описать это словами. При работе с подобными пациентами полезно сначала научить их наблюдать и описывать составляющие эмоций без обязательного обозначения своих чувств.

Существует множество теорий эмоций и столько же теорий компонентов эмоциональных реакций. В ДПТ мы учим пациентов тому, как наблюдать и описывать побуждающие события — как внутренние, так и внешние; мысли и интерпретации, связанные с событиями; сенсорные и физические реакции, связанные с данным событием; желания, связанные с данным опытом (например, желание сделать что-то хорошее для любимого человека или быть рядом с ним); и соответствующие тенденции действий ("Чувствую, что ударю его", "Ноги сами бегут прочь"). Информация о переживаемой эмоции может быть выяснена с помощью внешних реакций, которые могут представлять собой выражение определенных эмоций — например, выражение лица и поза, выбор слов или тем, а также действия. Наконец, полезно изучить последствия эмоций. Например, чувство доверия и безопасности рядом с определенным человеком говорит скорее о любви, чем ненависти.

Иногда информации о побуждающем событии достаточно, чтобы определить эмоциональную реакцию. Если человеку грозят смертью, он, скорее всего, испугается. Если умирает любимый человек, приходит чувство тоски. Однако вследствие индивидуальности опыта и различного контекста социального научения эмоциональные реакции индивидов на ситуации могут варьироваться. Дело еще больше усложняется оттого, что большинству людей, включая индивидов с ПРЛ, трудно различать побуждающие события (например: "Он говорил со мной очень резко", "Мое сердце учащенно бьется") и свои интерпретации этих событий (например: "Он ненавидит меня", "У меня приступ паники — я обязательно опозорюсь перед

семи"). Способность проводить черту между фактическими событиями и своими выводами из этих событий — важный первый шаг в когнитивной терапии и в ДПТ.

Самонаблюдение требует, чтобы пациент "отступил назад" и отметил присутствие физических ощущений, чувств, эмоционально заряженных мыслей, а также тенденций действий. Зачастую терапевт может получить достаточно информации для оказания действенной помощи пациенту, если заставит его остановиться и обратить внимание на собственные реакции. Хотя диалектико-поведенческий терапевт должен "читать" эмоции пациента, по крайней мере на начальных стадиях терапии (мы обсудим это в следующем разделе), информация о способе и интенсивности реагирования пациента намного облегчает задачу терапевта. Без этого выявление эмоций пациента иногда может превратиться в гадание на кофейной гуще. Большинству людей, включая пациентов с ПРЛ, очень трудно наблюдать свои эмоции, не попадая под их влияние. Наблюдение эмоций одновременно является техникой эмоциональной регуляции. Поэтому полезно помогать пациенту практиковать рефлективное самонаблюдение во время психотерапевтических сеансов и телефонных консультаций.

Техники, помогающие пациенту научиться наблюдать, описывать и обозначать свои нынешние эмоции, включают вопросы и комментарии о побуждающих событиях, обучение пациента наблюдению за своими текущими когнитивными, физиологическими и невербальными действиями-реакциями "со стороны" и сосредоточение на нормативных реакциях других людей в подобных ситуациях. Заполнение дома карточек "Наблюдение и описание эмоций", используемых при тренинге эмоциональной регуляции (см. "Руководство по тренингу навыков...") также весьма полезно. Преимущество этих карточек в том, что пациент может использовать их в промежутках между психотерапевтическими сеансами, продолжая работать над выявлением своих эмоций.

Иногда пациент воспринимает саму идею о том, что можно рефлективно наблюдать эмоцию, как непризнание данной эмоции. Причина этого — тенденция пациента принимать эмоции буквально, как информацию о побуждающем событии, а не как свои реакции на это событие. Идея терапевта о том, что можно или следует наблюдать определенную эмоцию, подразумевает для пациента то, что "проблема" заключается в эмоции, а не в событии, которое ее вызвало. Чтобы предотвратить это, терапевту следует дополнить просьбу о наблюдении определенной эмоции валидацией данной эмоции.

3. ЧТЕНИЕ ЭМОЦИЙ

Чтение эмоций — эмотивный эквивалент чтения мыслей. Терапевту, который хорошо читает эмоции, достаточно знать, что с пациентом произошло, чтобы понять его чувства. Такой терапевт способен установить связи между побуждающим событием и определенной эмоцией, не располагая о ней никакой информацией. Как правило, установление этих связей почти всегда воспринимается пациентом как валидация его эмоционального опыта. Пациент воспринимает это как сообщение о нормальности, предсказуемости и понятности своих эмоциональных реакций на события; а иначе как терапевт мог бы узнать, что испытывает пациент? И наоборот, когда терапевт не может выяснить, что чувствует пациент, если не добьется от него

подробного описания эмоций, это часто воспринимается пациентом как непризнание, нечуткость и отсутствие заботы со стороны клинициста.

Многие терапевты не хотят или неспособны читать эмоции пациентов. Вместо этого они настойчиво побуждают пациентов вербально описывать свои чувства или желания. Нередко терапевты говорят своим пациентам: "Не могу же я читать ваши мысли", причем говорят это таким тоном, будто понимать эмоции пациента — это что-то противоестественное. Жалобы пациентов на подобное отношение специалистов часто звучат на собраниях, посвященных обсуждению клинических случаев. Однако если мы хотя бы немного задумаемся, то поймем, что способность понимать чувства другого человека без слов — важный социальный навык, необходимый для каждого человека в сфере обычных межличностных отношений. Если умирает близкий родственник, человека увольняют с работы, сгорает дом, теряется или приобретается крупная сумма денег, ребенок достигает выдающихся успехов. то те люди, с которыми это происходит, уверены, что окружающие понимают их чувства и будут вести себя соответственно. В основе многих конфликтов между группами лежит именно проблема непонимания. Представители одной группы жалуются, что представители другой группы невосприимчивы и не могут их понять без подробного вербального объяснения. Мужчины не понимают женщин: белые не могут взглянуть на жизнь глазами чернокожих; богатые не понимают проблем бедных; и т.д. Потребность в понимании и восприимчивости к собственному эмоциональному состоянию со стороны других людей свойственна не только индивидам с ПРЛ. В любом случае проблема заключается в том, что представителям одной культурной среды трудно читать эмоции представителей иной культурной среды. Это распространяется и на отношения между пациентами с ПРЛ и большинством терапевтов. Различный жизненный опыт препятствует взаимопониманию. Пациенты не прошли того обучения, которое сделало терапевтов терапевтами; большинству терапевтов не довелось пережить того, что пережили пациенты. К наиболее распространенным и значимым эмотивным суждениям пограничных и суицидальных пациентов относятся различные вариации утверждения о том, что им "уже все равно". Такие высказывания важны потому, что раскрывают потенциал тех эмоций, которые определяют мнение пациентов о себе. Пациент может говорить, что не в силах продолжать борьбу или что его уже не заботит то, что прежде казалось важным. Буквальное восприятие подобных утверждений может положить конец сотрудничеству между терапевтом и пациентом — по крайней мере, в отношении данной темы. Зачастую утверждение пациента о том, что ему все равно, отражает мнение терапевта (возможно, не вполне осознанное): "Если бы ему было не все равно, он бы больше старался, прилагал больше усилий и т.д." Поэтому терапевт испытывает соблазн согласиться с тем, что пациенту все равно. В других случаях терапевт воспринимает утверждение пациента как попытку манипуляции ("Конечно же, ему не все равно. Он говорит это, потому что что-то задумал, хочет чего-то от меня добиться"). Терапевт реагирует завуалированной враждебностью или холодностью. И то, и другое может восприниматься пациентом как непризнание его действительного эмоционального состояния. Утверждение пациента, что ему все равно, обычно представляет собой фрустрационную реакцию и попытку избежать цикла заинтересованности и последующего разочарования. Очень полез-

но отвечать на это утверждение, уверяя пациента, что он бы заинтересовался, если бы позволил себе, и что проблема может заключаться в чувстве беспомощности и безнадежности, а не в отсутствии заинтересованности. Простое признание того, что пациент испытывает чувство утраты контроля, может помочь пациенту осознать свои действия как стратегию избегания.

Чтение эмоций требует от терапевта определенного знакомства с культурой пациента. Знание нынешней ситуации пациента или ситуации, обусловившей его состояние на данном этапе, а также наблюдение вербального и невербального поведения пациента могут помочь в описании его эмоциональных реакций. Связи между побуждающими событиями и эмоциями отчасти универсальны, отчасти формируются путем научения. Поэтому специалист настолько же преуспеет в чтении эмоций, насколько его опыт научения близок к опыту научения пациента. При отсутствии такой близости может помочь клинический опыт (особенно опыт работы с пограничными индивидами); полезны книги и фильмы о людях, похожих на данного пациента. Помощь терапевту в этой работе — важная задача консультативной группы по обсуждению клинических случаев.

Расчет времени

Чтение эмоций очень важно в начале терапии пограничных индивидов, но должно постепенно сокращаться по мере терапевтического прогресса. Эта стратегия может использоваться как очень эффективное средство валидации; в то же время она сопряжена с определенными трудностями. Основная проблема состоит в том, что при чтении эмоций пациента ему самому не нужно обучаться чтению собственных эмоций. Всю работу выполняет терапевт, пациенту ничего не остается. Во-вторых, пациент очень комфортно себя чувствует, когда терапевт читает его эмоции. Поэтому, когда терапевт прекращает применение этой стратегии, чтобы дать пациенту возможность научиться читать собственные эмоции, пациент может воспринимать это как наказание или отсутствие заботы. В-третьих, облекая эмоции пациента в вербальную форму, терапевт тем самым избавляет его от необходимости самостоятельно описывать свои эмоции словами. Поэтому пациент не может научиться обсуждать эмоции, не испытывая при этом дискомфорта. Наконец, избегание выражения эмоций позволяет пациенту избежать необходимости принимать собственные чувства.

В начале терапии, а зачастую и спустя значительное время после ее начала, отказ терапевта читать эмоции пациента часто приводит к эскалации определенной эмоции. Это продолжается до тех пор, пока не происходит открытого выражения данной эмоции, но в крайней форме и часто неадаптивным способом. Другими словами, эмоция выражается открыто только тогда, когда интенсивность ее переживания превышает противодействующее переживание стыда, страха и непринятия себя. Когда это происходит, пациент может прибегать к самопорезам или пытаться совершить самоубийство, либо может привязываться к точке зрения, поддерживающей обостренную эмоциональную реакцию. Вероятно, прекращение чтения эмоций для побуждения пациента к выражению своих чувств произведет скорее обратный эффект. Однако как только налаживается контроль над таким поведением и пациент может адекватно переносить дистресс, чтение эмоций на-

чинает препятствовать терапевтическому прогрессу. Задачей терапевта становится обучение пациента навыкам переживания и выражения эмоций. Это особенно касается последней стадии ДПТ, основные цели которой — развитие самоуважения и научение принятию себя. Сюда относятся и принципы тренинга навыков, включая формирование, или шейпинг (о котором рассказывается в главе 10).

Эмотивные вопросы множественного выбора

Один из рискованных моментов при чтении эмоций заключается в том, что пациент согласится с интерпретацией своей эмоции даже в том случае, если терапевт ошибается. Он может согласиться просто потому, что будет сбит с толку, либо побоится спорить с терапевтом или расстраивать его, или же посчитает свои действительные эмоции настолько ужасными, что побоится в них признаваться. Альтернативная стратегия, которая может применяться в данной ситуации, — предложить пациенту перечень эмоций, чтобы у него был выбор: "Вы чувствуете гнев, грусть, страдание или все сразу?" Преимущество такой стратегии в том, что в ней не используются открытые вопросы. Пациенты с ПРЛ зачастую просто не в силах ответить на открытые вопросы терапевта о своих эмоциях в данный момент. Вопросы множественного выбора помогают пациенту, но не освобождают от необходимости действовать (делать выбор).

4. СООБЩЕНИЕ ОБ УМЕСТНОСТИ ЭМОЦИЙ

Единственный действенный способ валидации эмоционального опыта пациента для терапевта — прямо сообщить пациенту, что терапевт считает его эмоциональные реакции вполне объяснимыми и понятными. При этом возможны два типа понимания. Во-первых, пациента могут информировать о том, что почти каждый человек (или, по крайней мере, многие люди) отреагировал бы на данное побуждающее событие почти так же, как и он. Это нормативная валидация. Во-вторых, пациенту помогают понять, что с учетом опыта научения пациента его эмоциональная реакция (даже если она отличается от реакций других людей в подобной ситуации) вполне понятна в данном контексте (ситуативная валидация). Однако в обоих случаях выделяются те аспекты нынешней ситуации, которые вызывают данные чувства пациента.

Очень важно, чтобы терапевт валидировал не только переживание первичных эмоций, но и вторичные эмоциональные реакции. Например, пациент часто испытывает чувство стыда, вины, гнева по отношению к самому себе либо паники, если переживает гнев или унижение, чувствует свою зависимость от терапевта, начинает плакать, горевать или бояться. Именно эти вторичные реакции зачастую становятся источником самых серьезных проблем для пациента. Пациентам, которые оценивают моральность эмоциональных реакций, руководствуясь определенными религиозными критериями, следует помочь в пересмотре истинности этих убеждений. Хотя при этом терапевт должен быть очень осторожным, чтобы не подорвать моральных устоев пациента, сдерживание различных эмоций очень часто отталкивается от неверного понимания религиозных традиций.

Эмоциональная валидация — важный первый шаг в содействии пациенту для изменения его реакций. Едва ли полезно будет реагировать на то, что кажется не-

оправданной эмоцией, убеждая пациента в том, что ему не нужно испытывать такие чувства. Терапевт часто сталкивается с подобным искушением, когда пациент эмоционально реагирует на него. Например, если пациент звонит терапевту домой (согласно терапевтическому плану) и из-за этого чувствует себя виноватым или униженным, терапевт ощутит естественное желание заверить пациента, что не стоит стыдиться или испытывать унижение. Однако такое утверждение терапевта будет, по сути, непризнанием чувств пациента. Хотя терапевт может иметь в виду, что звонок к нему домой вполне уместен и понятен, он должен понимать и то, какова природа чувства вины или унижения у пациента.

Чаще всего непризнание чувств пациента возникает вследствие чрезмерного желания терапевта немедленно облегчить страдания пациента. Таким тенденциям нужно сопротивляться, поскольку они противоречат важной идее, которую должна сообщать терапия, — а именно, что болезненные эмоции можно не только понимать, но и переносить. Кроме того, если терапевт отвечает на отрицательные эмоции пациента, либо игнорируя их, либо убеждая пациента, что тому не нужно переживать определенные чувства, либо слишком поспешно переходя к изменению эмоций, то рискует уподобиться другим членам естественного окружения пациента. Попытка волевого контроля эмоций, "положительного мышления" или избегания отрицательных мыслей — ключевая характеристика инвалидирующего окружения. Терапевт должен сделать все возможное, чтобы избежать этой ловушки.

СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ВАЛИДАЦИИ

Стратегии поведенческой валидации используются на каждом психотерапевтическом сеансе. Они составляют основной отклик на тенденцию пациентов с ПРЛ к непринятию себя и наказанию собственных поведенческих паттернов. Поведенческая валидация может сосредоточиваться на таких типах поведения, которые пациент фиксирует в своих дневниковых карточках; других видах поведения, которые имели место в промежутках между сеансами; поведении пациента, которое наблюдается во время психотерапевтического сеанса или при других взаимодействиях с терапевтом. Основная задача — получить ясное описание определенных видов поведения и объяснить их суть. Поведенческая валидация основана на представлении о том, что всякое поведение вызвано определенными событиями, которые происходят во времени, поэтому (в принципе) любое поведение объяснимо. Задача терапевта — выявить смысл реакции пациента и отразить этот аспект поведения. Хотя данные стратегии обсуждаются в терминах внешнего поведения и действий, это делается исключительно ради удобства — они точно так же могут применяться для того, чтобы помочь пациентам принять собственные эмоциональные реакции, решения, представления и мысли. Краткое описание стратегий поведенческой валидации дается в табл. 8.2.

Таблица 8.2. Стратегии поведенческой валидации

Обучение умению НАБЛЮДАТЬ И ОБОЗНАЧАТЬ свое поведение (терапевт обращает внимание пациента на соответствующие моменты или добивается этого от пациента с помощью сократического диалога*):
- терапевт помогает пациенту отличать поведение от предполагаемых мотивов и оценочных ярлыков.

Помощь пациенту в ВЫЯВЛЕНИИ "ДОЛЖЕН"; терапевт наблюдает и описывает предъявляемые пациентом к себе искусственные поведенческие требования и нереальные стандарты приемлемого поведения:
- терапевт выявляет неэффективные стратегии поведенческой модификации, применяемые пациентом:
- терапевт наблюдает у пациента и описывает реакции чувства вины, "самобичевания" и других стратегий наказания.

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ "ДОЛЖЕН": терапевт сообщает пациенту о том, что всякое поведение в принципе объяснимо:
- терапевт сообщает, что любой нереализованный стандарт в данный момент, по определению, нереалистичен;
- терапевт сообщает, что все случившееся, по большому счету, "должно" было произойти (т.е. в принципе все, что случается, чем-то обусловлено);
- терапевт обязательно проводит границу между пониманием того, что некоторое событие случилось в силу определенных условий (с одной стороны), и одобрением события как такового (с другой стороны);
- терапевт использует истории, аналогии, притчи, примеры, инструкции относительно принципов поведения, чтобы помочь пациенту понять все происходящее (в том числе его собственное поведение) как естественный результат действительности — такой, какова она в данный момент.

ПРИНЯТИЕ поведения пациента, включая те "должен", которые он предъявляет к своему поведению:
- терапевт реагирует на поведение пациента с некритическим отношением;
- терапевт вместе с пациентом исследует уместность его требований "должен, чтобы...";
- терапевт ищет "крупицы истины" в поведении пациента.

Валидация РАЗОЧАРОВАНИЯ пациента в своем поведении.

Тактика, противоречащая ДПТ:
- навязывание терапевтом своих поведенческих предпочтений как абсолютных "должен";
- сообщение пациенту о том, что он должен быть не таким (т.е. чувствовать, действовать, мыслить), каков он есть;
- сообщение пациенту о том, что другие должны измениться.

1. ОБУЧЕНИЕ УМЕНИЮ НАБЛЮДАТЬ И ОБОЗНАЧАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Описание поведения и его паттернов — важная составляющая любой терапии. Пациенты с ПРЛ могут совершенно не осознавать как собственные поведенческие паттерны, так и их влияние на поведение других людей. Зачастую это объясняется тем, что другие люди описывали пациентам их поведение, предлагая свое собственное истолкование их мотивов (например: "Вы пытаетесь мной управлять") или объясняя влияние поведения на реципиента (например: "Вы мной манипулируете"), т.е. выходя за рамки сугубо поведенческих терминов ("Вы пытаетесь сменить тему"). Хотя первые из упомянутых описаний поведения пациента могут вполне адекватно выражать опыт наблюдателя, они зачастую неадекватно выражают опыт пациента; таким образом, обратная связь игнорируется или нарушается. Энергия

* Сократический диалог — метод выявления истины, использовавшийся Сократом и описанный в "Диалогах" Платона. Подразумевает постановку собеседнику серии очевидных для него и вызывающих согласие вопросов, которые подводят его к пониманию некой ранее отрицавшейся им истины. — *Примеч. ред.*

пациентов, которая могла бы использоваться для понимания собственных поведенческих паттернов и их влияния, независимо от мотивов, расходуется на самооборону.

И поведенческий анализ, и стратегии осознания, обсуждаемые в следующей главе, — важные техники при обучении пациента умению наблюдать и обозначать свое поведение. Я хочу особо подчеркнуть, что описание поведения без комментариев о воспринимаемых мотивах и позициях само по себе уже может быть валидирующим откликом. Эта стратегия особенно эффективна в том случае, когда терапевт помогает пациенту опознать и понять самонепринимающие и самоосуждающие описания поведения с его стороны. Когда дело касается пациента с ПРЛ, слова "Я вел себя по-идиотски" могут быть более характерным описанием самой обыденной ситуации — скажем, пациент не успел на автобус, — чем "Я пришел на остановку слишком поздно, автобус уже уехал".

2. ВЫЯВЛЕНИЕ "ДОЛЖЕН"

Пациенты с ПРЛ и суицидальные индивиды часто выражают чрезвычайный гнев, вину или разочарование по отношению к себе из-за того, что считают свое поведение недопустимым. Эти чувства, почти без исключения, основаны на некой системе убеждений, что они "не должны" так поступать или что они "должны" были делать все наоборот. Иными словами, такие пациенты предъявляют к себе нереалистичные требования — их поведение должно быть не таким, как оно есть. Ключевой момент поведенческой валидации — помочь пациенту выявить такой характер предъявляемых к себе требований. Хотя пациент может открыто заявлять, что он не должен был делать то, что сделал, другие комментарии могут передавать ту же идею скрытно (например: "Зачем я это сделал?", "Как я мог так поступить?", "Это было так глупо с моей стороны!"). Выявлять невысказанное "должен" — весьма важный навык.

Использование магического "должен" индивидами с ПРЛ — один из самых важных факторов, препятствующих формированию поведения. Вера в то, что он мог поступить иначе, мешает пациенту составить реалистичный план достижения желаемых изменений. Именно навязывание нереалистичных "должен" в инвалидирующей семье существенно затрудняет обучение пациента тому, как изменить свое поведение. Таким образом, навязывание различных "должен" усиливает непринятие себя, которое испытывал индивид в период формирования. Подчеркивание этого аспекта может помочь в изменении существующего положения вещей.

3. ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ "ДОЛЖЕН"

Первый шаг при противодействии "должен" — провести черту между пониманием того, как или почему что-то случилось, и одобрением события. Пониманию того, что данное событие должно было произойти, учитывая все имеющиеся обстоятельства, больше всего препятствует мнение о том, что понимание поведения означает его одобрение. Терапевту необходимо подчеркнуть: отказ пациента принять данную реальность означает, что пациент не может предпринять действия для преодоления или изменения этой реальности. Терапевт может подкрепить свои объяснения наглядным примером. Например, он может обратить внимание пациента на ближай-

ший забор и сказать, что если пациент откажется признать существование этого забора и попытается пройти сквозь него, ему не удастся преодолеть это препятствие. Второй момент: одно желание того, чтобы реальность была иной, не может изменить реальность; вера в то, что реальность такова, какой мы хотим ее видеть. не делает ее таковой. Зачастую утверждение о том, что что-либо не должно было случиться, равнозначно отрицанию того, что это случилось: "Поскольку это неприемлемо, это не могло случиться".

Противодействующий ответ звучит в этом случае так: "Это приемлемо" или "Это случилось". Задача — помочь пациенту осознать, что ни его желаний, ни отрицания недостаточно, чтобы изменить действительность.

Действенная стратегия при противодействии "должен" — дать механистическое объяснение причинно-следственных отношений, обращая внимание пациента на то, что у каждого события есть причина. Терапевт может привести ряд примеров нежелательного поведения, шаг за шагом показывая причины, которые вызвали данное событие. Эта стратегия направлена на то, чтобы показать: одних мыслей ("Я не хочу этого") и эмоций (страх, гнев) недостаточно, чтобы предотвратить событие. Пациенту следует уяснить, что все случившееся должно было случиться, если брать самый широкий контекст действительности; в принципе, все объяснимо.

Противодействие "должен" может занимать много времени, и терапевту может потребоваться большой запас историй и метафор, чтобы добиться от пациента терапевтического инсайта. Я, например, часто использую сравнение с конвейером, по которому движутся ящики. Лента конвейера выходит из здания, ящики падают с него прямо на землю. Проезжающий мимо человек не станет кричать на ящики, чтобы они не падали, и ему не придет в голову, что можно остановить движение конвейера сильным желанием. Нужно войти в здание и посмотреть, что не так, почему ящики падают на землю. Люди с их прошлым часто напоминают здания, в которые никто не входит и не видит, что там происходит. Еще я иногда прошу пациента представить, что в руке у меня бокал с красным вином, а на полу новый белый ковер. Если я разожму руку, разве бокал не должен падать вниз, на ковер? Почему же он падает и вино разливается, если я этого не хочу? Когда пациент понимает, что я хочу сказать, я разжимаю руку с предметом, который имитирует бокал, а другой рукой на лету подхватываю его внизу, у пола. Чтобы бокал не упал и вино не вылилось на ковер, нужно действовать — поймать бокал, если рука разжалась.

Очень важно абстрактно, в общих чертах объяснять эти принципы в начале терапии и добиваться согласия пациента с этими абстрактными принципами. Если применяется тренинг навыков, эти принципы обсуждаются во время освоения пациентом навыков психической вовлеченности и перенесения дистресса. Чтобы пациент принял идею о том, что некритическое отношение предпочтительнее критического, почти всегда требуется тщательное обсуждение этой идеи. Позже терапевт сможет ссылаться на эти принципы, напоминая пациенту, что он уже согласился с ними, и может дать совет по их применению в том или ином случае. По мере терапевтического прогресса пациент начнет следить за собой и своими "должен". Само собой разумеется, это поведение пациента следует поощрять и подкреплять.

4. ПРИНЯТИЕ "ДОЛЖЕН"

Часто для того, чтобы случилось определенное событие, сначала должно произойти другое событие. ("Если *А*, то *Б*"; "Если не *А*, то не *Б*".) Уместно употреблять термин "должен" в утверждении, что должно иметь место одно событие, чтобы случилось второе. Таким образом, адекватной будет следующая формулировка: "*А* должно произойти, чтобы вызвать *Б*". Очень важно, чтобы терапевт принял предпочтения пациента относительно его собственного поведения. Часто пациент предпочитает вести себя определенным образом или хочет добиться определенных результатов, требующих соответствующих поведенческих паттернов. В этих случаях терапевт должен быть готов к тому, чтобы принять "должен" пациента и сообщить ему об уместности его предпочтений. Совместными усилиями терапевт и пациент могут изучить смысл последовательности "должен, чтобы...". Иногда пациент может неверно понимать ситуацию ("*А* не нужно, чтобы произошло *Б*"). В других случаях понимание пациента может быть вполне правильным. Тогда терапевт должен отыскать в поведении пациента тот самый "золотой самородок", о котором я упоминала.

5. РАЗОЧАРОВАНИЕ

Терапевт легко может увлечься искоренением "должен", не осознавая при этом того, что очень важно избегать непризнания вполне объяснимого разочарования пациента в своем собственном поведении. В контексте любой короткой дискуссии терапевту очень важно чередовать валидацию событий как вполне объяснимых и валидацию разочарования пациента, в равной мере объяснимого. Некоторое поведение одновременно и должно, и не должно иметь место. Если это случается, возникает адекватная реакция — разочарование.

СТРАТЕГИИ КОГНИТИВНОЙ ВАЛИДАЦИИ

Интенсивные эмоции могут вызвать соответствующие мысли, воспоминания и образы; и наоборот — мысли, воспоминания и образы могут оказывать мощное влияние на настроение. Поэтому при возникновении интенсивной эмоциональной реакции часто возникает порочный круг: эмоция активирует воспоминания, образы и мысли, а также воздействует на восприятие и обработку информации, что в свою очередь подпитывает эмоциональную реакцию, не давая ей угаснуть. В таких случаях искажения могут заменить для пациента реальность, задавая тон многим (если не большинству) взаимодействиям и реакциям индивида на события. Однако не все зависящие от настроения мысли, ощущения, ожидания, воспоминания и допущения следует считать дисфункциональными или искаженными. Это очень важный момент при проведении ДПТ.

ДПТ не предполагает, что проблемы индивидов с ПРЛ возникают прежде всего из дисфункциональных когнитивных стилей, ошибочных интерпретаций и искажений событий, а также неадаптивных глубинных допущений или когнитивных схем. Поскольку пациентам с ПРЛ иногда свойственно искажать, преувеличивать или выборочно запоминать события, окружающие их люди (включая терапевта) склонны полагать, что мышление и восприятие пациентов с ПРЛ всегда неадекват-

ны, или же думают, что при конфликте точек зрения ошибочным, вероятнее всего, окажется мнение пациента с ПРЛ. Такие предположения особенно вероятны в том случае, когда нет полной информации о событиях, вызвавших определенную эмоциональную реакцию индивида, т.е. стимулы, активировавшие реакцию пациента, неизвестны. Особенно когда индивид с ПРЛ переживает сильные эмоции, окружающим может показаться, что он искажает события. Не может быть, чтобы все было настолько плохо. Ошибка здесь в том, что оценка подменяется предположениями: гипотезы и интерпретации подменяют анализ фактов. Личная интерпретация другого человека принимается как свидетельство реальных фактов. Подобный сценарий воссоздает инвалидирующее окружение.

Задача терапевта при когнитивной валидации — опознать, вербализировать и понять выраженные и невыраженные мысли, убеждения, ожидания и стоящие за ними глубинные предположения и правила, а также найти и отразить их сущностный смысл — всех или некоторых из них. Стратегии "улавливания мыслей", выявления предположений, ожиданий и определяющих поведение индивида правил, особенно если действие этих правил не осознается, мало отличаются от принципов, описанных такими представителями когнитивной терапии, как А. Бек и его коллеги (*Beck et al., 1979; Beck et al., 1990*). Существенное различие заключается в том, что задача ДПТ состоит в валидации, а не эмпирическом или логическом опровержении.

Пациент с ПРЛ обычно воспитывается в такой семье, где его восприятие реальности зачастую не признается. Задача пациента, таким образом, заключается в том, чтобы научиться различать, когда его восприятие, мысли и убеждения уместны, а когда нет, — когда он может себе доверять, а когда доверять себе нельзя. Задача терапевта — содействовать ему в этом. Полное сосредоточение на иррациональных убеждениях, допущениях и когнитивных стилях даст обратный эффект: пациент останется в неведении относительно того, когда именно его ощущения и мысли адаптивны, функциональны и уместны, и могут ли они быть такими вообще. Стратегии когнитивной валидации описаны ниже, краткое изложение этих стратегий дается в табл. 8.3.

Таблица 8.3. Стратегии когнитивной валидации

Помощь пациенту в НАБЛЮДЕНИИ И ОПИСАНИИ процессов его мышления (автоматические мысли, основополагающие допущения) — обращая на них внимание пациента или используя сократический диалог:

- терапевт выявляет конструкты, используемые пациентом для организации своего мира;
- терапевт выявляет смысл, который пациент приписывает событиям;
- терапевт выявляет основополагающие допущения пациента относительно себя и мира;
- терапевт помогает пациенту наблюдать и описывать свой "патологический" опыт;
- терапевт слушает пациента и обсуждает его точку зрения с некритическим отношением.

Помощь пациенту в оценке фактов и РАЗЛИЧЕНИИ СОБЫТИЯ И ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ.

Поиск "КРУПИЦ ИСТИНЫ" в восприятии событий пациентом:

- если это уместно, терапевт использует взаимодействие с пациентом, демонстрируя последнему, что хотя понимание действительности может не быть совершенным, оно не обязательно должно быть ущербным.

ПРИЗНАНИЕ "МУДРОГО РАЗУМА"; терапевт сообщает пациенту, что интуитивное знание может быть столь же истинным, как и проверяемое опытом знание.

УВАЖЕНИЕ ИНЫХ ЦЕННОСТЕЙ; терапевт не настаивает на преимуществе своих ценностей по сравнению с ценностями пациента.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- навязывание определенного набора ценностей или философской точки зрения на действительность и истину;
- представление жесткой модели событий;
- неспособность терапевта увидеть действительность с точки зрения пациента.

1. НАБЛЮДЕНИЕ И ОПИСАНИЕ МЫСЛЕЙ И ДОПУЩЕНИЙ

Первая задача при когнитивной валидации — точно выяснить, о чем думает пациент, каковы его допущения и ожидания, какие конструкты он обычно использует для организации своего мира. Легче сказать, чем сделать, — пациенты с ПРЛ зачастую не могут четко сформулировать свои мысли. Иногда поток мыслей настолько быстрый, что пациенты просто не способны их идентифицировать; в других случаях допущения и ожидания пациентов скорее имплицитны, чем эксплицитны. Пассивные ожидания, например, автоматизированы, не требуют усилий пациента и трудно поддаются вербализации в отличие от активных ожиданий, которые осознанны, требуют внимания и легко поддаются описанию (*Williams, 1993*).

2. РАЗЛИЧЕНИЕ СОБЫТИЯ И ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Очень легко предположить, что пациент искажает то, что наблюдает; гораздо труднее установить, что именно наблюдает пациент. Задача состоит в том, чтобы сделать скрытые, "приватные" события открытыми, публичными. Терапевт должен осторожно расспросить пациента о том, что случилось, кто совершал какие действия и по отношению к кому. Как я уже упоминала ранее, различение события и его интерпретации может быть очень проблематичным. Зачастую пациент предлагает интерпретацию своих наблюдений за поведением другого человека ("Он хочет выгнать меня с работы") или ожиданий, сформированных на основе этих наблюдений ("Он выгонит меня с работы"). Терапевту следует спросить: "Какие именно его действия говорят об этом намерении?" Самый существенный момент заключается в первоначальном допущении, что другой человек сделал нечто и что интерпретация пациента может быть в некотором роде оправданной. Задача терапевта в такой ситуации — установить эмпирическое основание представлений пациента.

3. ПОИСК "КРУПИЦ ИСТИНЫ"

Следующая задача — найти и актуализировать мысли и допущения пациента, которые уместны и имеют смысл в том контексте, в котором функционирует пациент. Речь вовсе не о том, что индивиды (включая индивидов с ПРЛ) всегда "действуют осмысленно" либо что они никогда не преувеличивают или преуменьшают, не мыслят чрезвычайными категориями, не обесценивают то, что имеет ценность, и не идеализируют самые заурядные вещи, не принимают дисфункциональных решений. Наоборот, индивиды с ПРЛ печально известны именно склонностью к искажению — как специалистам в области психического здоровья, так и обывателям. Однако очень важно не судить о мнениях, мыслях и решениях пациентов с ПРЛ,

основываясь на стереотипах. Если терапевт не соглашается с пациентом, соблазнительно предположить, что прав терапевт, а не пациент. В поиске "крупиц истины" терапевт совершает "поступок веры" и допускает, что при достаточном старании в точке зрения пациента можно обнаружить некоторую долю уместности или смысла. Хотя понимание пациентом реальности может быть несовершенным, оно также не может быть абсолютно ущербным. Иногда мысли пациента по определенному вопросу могут быть вполне здравыми. Пациенты с ПРЛ обладают своеобразной способностью видеть, что "король голый", — наблюдать или обращать внимание на такие средовые раздражители, которые остаются незаметными для других. Задача терапевта — отделить зерна от плевел и сосредоточиться на зернах.

4. ПРИЗНАНИЕ "МУДРОГО РАЗУМА"

Как я уже упоминала в главе 7, ДПТ предлагает пациентам концепцию "мудрого разума", который противопоставляется "эмоциональному разуму" и "рациональному разуму". "Мудрый разум" представляет собой интеграцию "эмоционального разума" и "рационального разума", а также содержит акцент на интуитивном, опытном и/или духовном путях познания. Таким образом, одним из аспектов когнитивной валидации будет подтверждение и поддержка этого способа познания пациента со стороны терапевта. Терапевт утверждает, что нечто может быть истинным даже тогда, когда пациент не может этого доказать. То, что аргументация другого человека может звучать более логично, вовсе не означает, что точка зрения пациента неистинна. Эмоциональность не обязательно обесценивает определенную точку зрения, так же как и логичность не гарантирует ее ценности. Каждая из этих позиций терапевта противопоставлена соответствующим аспектам инвалидирующего окружения.

5. УВАЖЕНИЕ ИНЫХ ЦЕННОСТЕЙ

Иногда пациент и терапевт расходятся во мнениях из-за различных ценностей. Уважение к этим отличиям и отказ от позиции превосходства — существенная составляющая когнитивной валидации. Проще всего считать более приемлемыми свои ценности и мнения, тем самым обесценивая точку зрения другого человека. Например, одна из моих пациенток полагала, что я должна быть готова ответить на ее телефонный звонок в любое время дня или ночи. Она сама работала в сфере психиатрии и утверждала, что всегда отвечала на телефонные звонки людей, с которыми работала, потому что это гуманно, и именно так следует поступать. Я обратила внимание пациентки на то, что проблема заключалась в следующем: она пыталась сделать меня такой, как она сама (чтобы я сняла некоторые свои границы), а я в свою очередь пыталась сделать ее похожей на меня (заставить ее соблюдать границы). И хотя я не изменила своего поведения, я смогла найти ценность в ее точке зрения.

СТРАТЕГИИ НАПРАВЛЯЮЩЕГО ОБОДРЕНИЯ

Работа с пограничными пациентами во многом напоминает работу тренера самой невезучей школьной команды во время финальной игры. Половина первого тайма прошла, противники побеждают всухую, с разгромным счетом; одного игрока удалили с поля, двое травмированы. Холодно, идет дождь, а противник вот-вот забьет еще один гол. Капитан просит тайм-аут. Игрокам уже все равно. Они ждут, когда наконец закончится игра и они пойдут домой. Что делает тренер в такой ситуации? Он признает, что положение аховое, но сохраняет твердость, подбадривает игроков и побуждает их продолжать игру.

Пациенты с ПРЛ и суицидальные индивиды часто падают духом, разочаровываются, теряют надежду и не могут найти несуицидальных способов разрешения своих жизненных проблем. Их "Я"-концепция (а зачастую и мнения других) носит негативный характер. Во время психотерапевтического сеанса такой пациент может метаться между надеждой и отчаянием. Малейшей конфронтации достаточно, чтобы его обескуражить. Даже если подобная реакция не наступает сразу, вполне вероятно, что она наступит какое-то время спустя, после сеанса. Стратегии ободрения могут помочь как в противодействии чувству безнадежности в данное время, так и в предвидении будущих деморализующих эпизодов и противодействии им. Ободрение — одна из принципиальных стратегий борьбы с активной пассивностью пограничных индивидов.

При ободрении терапевт признает потенциальную способность пациента преодолевать трудности и строить жизнь нормального качества. Хотя форма этой жизни может отличаться от той, которую ожидал или на которую надеялся пациент, важен прежде всего потенциал преодоления преград и создания ценности, именно ему уделяется внимание. Секрет успешного ободрения заключается в том, чтобы помочь пациенту реализовать свой потенциал и дать надежду на то, что его способности можно развивать, в то же время реально определяя эти способности и возможности их развития. Ключевая позиция терапевта — "Я в вас верю". Если говорить упрощенно, ободрение — это вера в пациента. Для некоторых пациентов это будет первым опытом веры в них со стороны другого человека. С помощью стратегий ободрения терапевт признает потенциальные способности и внутреннюю мудрость пациента; однако иногда направляющее ободрение применяется для уравновешивания, противопоставления и противодействия стратегиям эмоциональной, поведенческой и когнитивной валидации.

Стратегии направляющего ободрения используются почти в каждом взаимодействии (например, на каждом психотерапевтическом сеансе, в каждой телефонной консультации пациента). Чем больше выражена дисфункциональность пациента, тем чаще должны применяться стратегии направляющего ободрения. По мере улучшения состояния пациента — особенно на последнем терапевтическом этапе, направленном на самоуважение и принятие себя — объем направляющего ободрения должен уменьшаться. Однако очень важно понимать, что почти каждый человек нуждается в некотором ободрении, чтобы успешно справляться с жизненными проблемами. Это особенно верно в том случае, когда человеку предстоит справиться с серьезной задачей — такой, например, как психотерапия. Таким образом, хотя в ходе терапии следует сокращать применение ободрения и менять его направлен-

ность, эта стратегия остается важной составляющей терапевтических отношений на протяжении всей работы с пациентом.

Направляющее ободрение иногда воспринимается пациентами как непризнание их проблем. Если бы терапевт понимал, насколько серьезны проблемы пациента и как они парализуют его силы и способности, то не смог бы поверить, что пациент способен измениться или справиться с чем-либо, что от него требуется. Применяя стратегию ободрения, терапевт верит в то, что пациент способен спасти себя; пациент, наоборот, часто считает, что спасти его могут только другие люди. В этой ситуации необходимо уравновесить признание трудностей в достижении прогресса и реалистические ожидания, с одной стороны, надеждой и уверенностью в реальной возможности изменений — с другой. Направляющее ободрение должно быть приправлено эмоциональной валидацией и большой дозой реализма. Без этих составляющих направляющее ободрение может оказывать отрицательное воздействие. Таким образом, терапевту нужно быть достаточно проницательным, чтобы видеть серьезность проблем пациента, и в то же время никогда не оставлять надежды на то, что эти проблемы в конце концов можно преодолеть. Терапевт ободряет пациента, направляя его к тем целям, достижение которых для него реально, и учитывает индивидуальные различия в возможностях. Некоторые конкретные техники направляющего ободрения кратко описаны в табл. 8.4 и подробнее обсуждаются в следующих разделах.

Таблица 8.4. Стратегии направляющего ободрения

Выражение уверенности в том, что пациент ДЕЛАЕТ ВСЕ ОТ НЕГО ЗАВИСЯЩЕЕ.

ПООЩРЕНИЕ и активное выражение надежды:

- терапевт выражает веру в то, что пациент добьется успеха;
- терапевт говорит пациенту, что тот в состоянии справиться с проблемой или ситуацией;
- терапевт говорит пациенту: "Вы сможете!"

Сосредоточение на СПОСОБНОСТЯХ пациента:

- терапевт переключает внимание пациента с проблемных паттернов реагирования на сферу способностей;
- терапевт сопровождает конфронтацию сообщениями о сильных сторонах пациента, критика уравновешивается похвалой;
- терапевт выражает уверенность в том, что пациент обладает всем необходимым для преодоления трудностей и построения качественной жизни;
- терапевт признает существование "мудрого Я" пациента, ссылается на него и выражает свою веру в него;
- терапевт выражает веру в то, что они с пациентом работают в команде;
- терапевт валидирует эмоции, мысли и поведение пациента.

ОПРОВЕРЖЕНИЕ И МОДУЛИРОВАНИЕ ВНЕШНЕЙ КРИТИКИ:

- терапевт указывает на то, что критика зачастую неадекватна и что даже адекватность критики не говорит о безнадежном состоянии ситуации или пациента;
- терапевт сообщает пациенту, что он на его стороне.

ПОХВАЛА И УТЕШЕНИЕ пациента.

РЕАЛИСТИЧНОСТЬ ожиданий терапевта относительно пациента; работа с опасениями пациента по поводу неискренности терапевта.

ДОСТУПНОСТЬ терапевта для пациента в кризисных ситуациях.

Таблица 8.4 (окончание)

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт необоснованно генерализирует и переоценивает способности пациента;
- терапевт использует направляющее ободрение, чтобы "избавиться" от пациента;
- терапевт называет пациента "манипулятором" или обвиняет его в "притворстве", "лени" и т.п., говоря это ему лично или другим терапевтам во время консультативных встреч по обсуждению клинических случаев.

1. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ УСТАНОВКА

Одна из наиболее деморализующих ситуаций, с которыми сталкивается пациент с ПРЛ, — когда другие люди объясняют отсутствие у него прогресса или его неэффективное поведение отсутствием мотивации или недостаточными усилиями с его стороны. Как уже упоминалось в главе 4, основополагающее допущение ДПТ состоит в том, что пациент хочет улучшить свою жизнь и делает в этом направлении все от него зависящее. Полезно время от времени говорить пациенту, что терапевт знает о его желании измениться к лучшему и что он старается изо всех сил. Подобные комментарии больше всего необходимы в том случае, когда пациент сомневается в своем желании добиваться улучшений или утверждает, что смог бы добиться лучших результатов. Почти во всех случаях слова пациента о том, что он смог бы добиться лучших результатов, должны сопровождаться контраргументом терапевта о том, что пациент сделал все возможное. Такая стратегия непосредственно вытекает из стратегий поведенческой валидации, описанных выше.

Поддержание этого убеждения — что пациент старается изо всех сил — одновременно очень важно и очень проблематично. Часто у специалиста возникает чувство, что пациент пытается им манипулировать или сопротивляется. Я поддерживаю ориентацию (свою и моих коллег из консультативной группы по обсуждению клинических случаев) на направляющее ободрение (чтобы избежать ориентации на наказание) с помощью следующей истории.

Представьте, что вы только что побывали в эпицентре ужасного землетрясения. Все вокруг горит. Полицейские, пожарные, спасатели заняты работой, и никому нет до вас дела. Ваш ребенок, дороже которого для вас нет ничего на свете, еще жив, но не может выбраться из-под обломков здания. Там есть небольшая щель, через которую девочка могла бы выбраться наружу. Если бы она подползла достаточно близко к этой щели, чтобы вы могли схватить ее и вытащить из-под обломков, она была бы спасена. Щель слишком узка для вас — вы не можете проникнуть внутрь. Дорог*а* каждая секунда. Только что объявили, что все должны покинуть территорию, на которой вы находитесь, потому что ожидается повторный толчок, и тогда вниз обрушатся уцелевшие остатки здания. Вы ищете какую-нибудь палку или что-нибудь еще, чтобы просунуть в щель и зацепиться за платье вашей дочки, но безуспешно. Ребенок плачет и зовет вас. У нее сломаны ноги! Вы не сможете до нее достать, если она сама к вам не подползет. Вам бы пришло в голову, что ваш ребенок пытается вами манипулировать или просто упрямится? Вы бы стали сидеть и ждать, рассуждая, что он сам выберется наружу, если захочет? Наверное, нет. Что бы вы стали делать? Стали бы подбадривать свою дочку. Говорить с ней, настаивать, умолять, сюсюкать, угрожать, давать указания, отвлекать внимание — все это (в соответствующем контексте, с соответствующими модуляциями и в соответствующем тоне) будет направляющим ободрением.

2. ПООЩРЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Поощрение пациента означает выражение уверенности в том, что он в конце концов преодолеет свои трудности, сможет добиться желаемого поведения, справиться с данной ситуацией и т.п. По сути, это сообщение пациенту надежды на то, что он сможет добиться желаемых результатов. Поощрение может быть конкретным ("Я знаю, что вы можете прекрасно справиться с предстоящим интервью с работодателем") или общим ("Я знаю, что со временем вы преодолеете свои проблемы и заживете полноценной жизнью"). Поощрение может выражать веру в способности пациента добиться изменений или справиться с проблемой в пределах короткого периода времени ("Я уверен, что этим вечером вы сможете обойтись без спиртного") или в долговременном плане ("Я уверен, что в конце концов вы избавитесь от пристрастия к алкоголю"). Как бы ни выражалось поощрение, для терапевта крайне важно не терять веру в пациента, а также непосредственно выражать свою надежду и уверенность.

Одна из самых распространенных ошибок, которую допускают как пациенты, так и терапевты, — недооценка реальных способностей и сил пациента. Некоторые терапевты, подобно своим подопечным, мечутся от недооценки к переоценке. Очень важно, чтобы поощрение было основано на реалистической оценке способностей пациента, а не зависело от настроения терапевта. Обычно полезно поощрять пациента сделать немного больше того, что он может сделать с легкостью. Таким образом, терапевт поощряет пациента делать нечто такое, что для него трудно. Вера в то, что пациент сможет с чем-то справиться, совсем не означает веры в то, что ему это будет легко. Часто пациент полагает, что не справится. В таком случае терапевт должен уравновесить направляющее ободрение, с одной стороны, и валидацию самоощущения пациента и его собственных способностей — с другой. Терапевт должен умело переходить от "Я думаю, сейчас вы сможете это сделать" к "Я думаю, вы сможете этому научиться".

Если пациент сопротивляется поощрению, обвиняя терапевта в непонимании, терапевт должен проанализировать поставленные им требования, не слишком ли они жесткие и определенные. В этом случае полезно вернуться к более общей форме поощрения и просто сказать, что терапевт верит в пациента, уверен в нем или верит в то, что он найдет какой-то выход из ситуации. Может быть полезно обсудить с пациентом дилемму, которая возникнет, если пациент будет все время принимать веру терапевта в его силы за непонимание. Что же в таком случае остается делать терапевту? Перестать верить в пациента?

3. СОСРЕДОТОЧЕНИЕ НА СПОСОБНОСТЯХ ПАЦИЕНТА

Терапевт может излишне сосредоточиться на помощи пациенту в достижении осознания и понимания собственных неадаптивных паттернов мышления, проблемных эмоций и дисфункциональных поведенческих паттернов. Поэтому очень важно, чтобы сосредоточение на проблемах сменялось сосредоточением на поощрении способностей пациента. Полезно при этом обращать внимание пациента на его конкретные способности.

У пациента есть все, чтобы добиться успеха

Как уже упоминалось в главе 3, пациенты с ПРЛ часто принимают теорию собственной "фатальной недостаточности". Они полагают, что у них нет и никогда не будет чего-то, что необходимо для преодоления трудностей. Терапевт должен время от времени давать пациенту понять, что он обладает всем необходимым, чтобы справиться со своими трудностями. С такой точки зрения, проблема заключается скорее в недостаточном развитии, чем в наличии неких существенных и не подлежащих исправлению изъянов. Таким образом, эта стратегия направлена на то, чтобы ненавязчиво утвердить внутреннюю силу пациента, присутствие "мудрого Я". Поскольку те качества, о которых говорит терапевт, не подлежат непосредственному, внешнему наблюдению, терапевт ни в коем случае не должен пытаться доказать истинность такого утверждения. Достаточно такой формулы, как "Я просто знаю, что это правда" или "Я просто чувствую это". Поскольку пациент с ПРЛ часто ощущает необходимость подтвердить истинность любых мыслей или эмоций, которые он переживает, подобные слова терапевта могут смоделировать для пациента приемлемость и допустимость интуитивного знания. Если пациент оспаривает поощрение, терапевт всегда может вернуться к данной стратегии.

Выражение веры в терапевтические отношения

Специалисту следует время от времени выражать свою веру в терапевтические отношения. Это может быть даже более ободряющим и стимулирующим для пациента, чем вера в него. Если пациент верит в терапевта и терапевт верит в пациента, вера в их рабочий альянс может быть хорошим синтезом. Пациенты часто сомневаются в том, что терапия может им помочь. Некоторые прямо говорят об этом терапевту, другие держат свои сомнения при себе. Однако в любом случае очень полезно напоминать пациенту о том, что специалист верит в терапию и в действенность их терапевтических отношений. Не следует недооценивать эффективность этого простого утверждения, даже несмотря на то, что пациент может спорить и не соглашаться.

Валидация эмоций, поведения и мышления пациента

Стратегии эмоциональной, поведенческой и когнитивной валидации, которые обсуждались выше, вполне уместны в контексте направляющего ободрения.

4. ОПРОВЕРЖЕНИЕ И МОДУЛИРОВАНИЕ ВНЕШНЕЙ КРИТИКИ

Когда терапевт применяет стратегии направляющего ободрения, пациент часто ссылается на выражение недоверия к нему или критику со стороны других людей как оправдание безнадежности и отсутствия веры в себя. Терапевт должен указывать пациенту на то, что независимо от уместности или неуместности внешней критики она вовсе не говорит о безнадежности пациента. Терапевт может (если будет искренен) опровергнуть критику. Не следует игнорировать какие-либо отрицательные чувства, которые может выражать пациент, реагируя на внешнюю критику. Такие эмоциональные реакции вполне объяснимы, и терапевт должен сообщать пациенту о своем понимании его эмоций.

5. ПОХВАЛА И УТЕШЕНИЕ

Похвала поведению пациента может подкреплять данное поведение и стимулировать пациента. Терапевт должен сделать все возможное, чтобы найти и подчеркнуть свидетельство прогресса и улучшения. Сфера, в которой всегда можно найти основание для похвалы, — упорство и стойкость пациента в работе над своими проблемами. Ведь пациент продолжает терапию, не оставляет ее вопреки всем препятствиям и трудностям. Пациент с ПРЛ часто воспринимает похвалу как угрозу своему будущему благополучию (подробнее об этом я буду говорить в следующей главе). Чтобы эта разновидность техники направляющего ободрения была эффективной. терапевт должен успокоить пациента. То, как специалист будет успокаивать пациента, зависит, конечно, от характера угрозы. Например, если похвала может интерпретироваться как угроза завершения терапии, терапевт может добавить: "Но я знаю, что вы по-прежнему нуждаетесь в помощи". Если похвала связывается со слишком высокими ожиданиями со стороны терапевта в будущем, специалист может сказать: "Я знаю, как это трудно"; и т.д.

Некоторые пациенты с ПРЛ постоянно нуждаются в утешении. У терапевта часто возникает ощущение, что сколько бы он ни утешал и ни успокаивал пациента. все напрасно. Такое явление, если оно имеет место, квалифицируется как препятствующее терапии поведение и требует непосредственного внимания. Похвала и утешение должны постепенно сокращаться по мере того, как пациент учится принимать и успокаивать себя (подробнее об этом — в главе 10). Это особенно важно на третьем этапе терапии (подробнее об этом написано в главе 6), когда основной целью становится самоуважение.

6. РЕАЛИСТИЧНОСТЬ И НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РАБОТА НАД СТРАХАМИ ИЛИ НЕИСКРЕННОСТЬЮ

Иногда пациент реагирует на направляющее ободрение, заявляя, что ему трудно поверить в искренность терапевта. Первым откликом должно быть признание недостатка или отсутствия доверия. Правила терапии настолько отличаются от правил других отношений, что неуверенность пациента вполне понятна. По крайней мере, непонятно, имеют ли похвала, поощрение и направляющее ободрение терапевта такое же значение и такую же ценность, как и эквивалентное поведение со стороны членов естественного окружения пациента. В конце концов, терапевту ведь платят за то, чтобы он хвалил, поощрял и направлял пациента. Чтобы завоевать доверие пациента, необходимо время, и признание этого факта может быть действенным средством валидации пациента.

Во-вторых, очень важно, чтобы при направляющем ободрении терапевт оставался реалистом. Чтобы объяснить это членам своей консультативной группы по обсуждению клинических случаев, я развиваю пример с ребенком, оказавшимся под обломками здания.

Вернемся к ситуации с землетрясением. Теперь известно, что ноги ребенка придавлены огромной плитой, которая сломала кости девочки и пригвоздила ее к земле. Стали бы вы настаивать на том, чтобы она ползла, и убеждать, что она может это сделать? Нет, вы бы стали ее успокаивать. Вы бы стали ее утешать. Вы стали бы просить о помощи других

людей или остались бы рядом с девочкой, несмотря на грозящую вам опасность. Именно такой баланс необходим при направляющем ободрении.

Эффективность направляющего ободрения зависит от реалистичности целей. Бесполезно говорить пациенту, что он может сделать все, что захочет, если в данной ситуации его шансы на достижение хотя бы минимального успеха ограничены. Хотя уверенность терапевта в общей способности пациента к преодолению трудностей всегда оправдана, вера в способность пациента к достижению определенных целей должна выверяться реальным положением дел.

7. НЕОБХОДИМОСТЬ ОСТАВАТЬСЯ РЯДОМ С ПАЦИЕНТОМ

Если спортивная команда ведет в счете, тренер все-таки не покидает стадион, а ждет окончания игры. Точно так же важно, чтобы терапевт всегда был достаточно близко, чтобы помочь пациенту, когда он попадет в сложную ситуацию. Если терапевт говорит пациенту, что он может сделать что-то самостоятельно, после чего оставляет его одного, вместо того чтобы остаться рядом, вполне понятно, что пациенту будет трудно доверять такому терапевту. Большинство занятых людей избавляются от других, говоря им: “Я вам не нужен” или “Вы без меня справитесь”. Поэтому терапевту следует быть очень внимательным, чтобы избежать подобной привычки.

Заключение

Важность валидации в ДПТ трудно переоценить. Многие проблемы в терапии возникают из-за недостаточной валидации и чрезмерного акцента на изменении. Общее правило — помнить о том, что всякая стратегия изменения должна сопровождаться валидацией. Зачастую чрезмерный акцент на изменении вызван желанием клинициста как можно быстрее облегчить страдания пациента; терапевту, как и пациенту, трудно переносить дистресс. Валидация в ДПТ выполняет многие функции. Валидация успокаивает пациента в трудные периоды. При умелом использовании валидация укрепляет терапевтический контакт пациента и терапевта. Пациент чувствует понимание и поддержку со стороны терапевта. Терапевт повышает свою эмпатию. Валидация со стороны терапевта учит пациента не отступать именно в тот момент, когда он уже готов сдаться.

9

Базовые стратегии: решение проблем

Стратегии решения проблем относятся к основным стратегиям изменения в ДПТ. Любые виды дисфункционального поведения — как в контексте психотерапевтических сеансов, так и вне их — рассматриваются в ДПТ как проблемы, требующие разрешения (или, с другой стороны, как неправильные решения возникающих проблем). Стратегии решения проблем при работе с пограничными индивидами рассчитаны на стимуляцию активного подхода для противостояния пассивным реакциям и беспомощности, характерным для данной категории пациентов.

Уровни решения проблем

Первый уровень

На первом уровне вся программа ДПТ может рассматриваться как метод решения проблем. Проблема, которую нужно решить, — жизнь пациента в целом; способ разрешения — использование ДПТ. Эффективность решения проблем в данном случае зависит от того, насколько ДПТ подходит для работы с данным индивидом. Эмпирические данные показывают, что ДПТ лучше всего подходит для лечения пациентов с ПРЛ, находящихся в тяжелом состоянии. ДПТ может подходить или не подходить для работы с другими категориями пациентов.

Второй уровень

ДПТ — чрезвычайно гибкий терапевтический метод, который включает многие стратегии и процедуры. Второй уровень решения проблем — выяснение того, какие именно стратегии и процедуры следует применять для решения определенной

проблемы конкретного пациента в данный момент. Самое главное, терапевт должен выяснить, какие именно стратегии изменения могут стать наиболее действенными. Эффективность решения проблем в этом случае зависит от того, насколько верно терапевт сумеет установить причины возникновения и сохранения проблемного поведения, которое подлежит изменению. На этом уровне решение проблем подразумевает применение определенных процедур изменения. Четыре основные процедуры изменения, применяемые в ДПТ (причинно-следственное управление. тренинг поведенческих навыков, когнитивная модификация и терапевтическая экспозиция), описаны в следующих двух главах.

Третий уровень

На третьем уровне наступает черед конкретных проблем, возникающих в ежедневной жизни пациента. Психотерапевтический сеанс ДПТ часто начинается с описания пациентом событий, произошедших за последнюю неделю. Поводом к описанию может быть обсуждение дневниковых карточек или вопросы терапевта относительно суицидальных мыслей либо парасуицидального поведения в течение нескольких последних дней. На первых стадиях обсуждения пациент может описывать ситуации, включающие эмоции, мысли или действия, которые он не мог контролировать. Или же пациент может рассказать о проблемах, на которые он отреагировал суицидальным или иным дисфункциональным поведением. Если проблема остается актуальной, пациент может представить план действий (суицидальных либо несуицидальных), которому он намерен следовать, но который, по мнению терапевта, может быть импульсивным или дисфункциональным.

Обычно проблема пациента не столь четко сформулирована, как может показаться из сказанного выше. Иногда информацию приходится, образно говоря, "вытягивать клещами" — особенно в том случае, когда пациент полагает, что проблема уже разрешена, и хочет перейти к следующей проблеме. (Например, пациент уже "решил" свою проблему с помощью парасуицидального поведения.) В других случаях проблемы пациента могут быть представлены на фоне выплеснутых наружу эмоций — гнева, отчаяния, тревоги или уныния. В такой ситуации задача терапевта — добиться от пациента усилия к сотрудничеству для разработки и применения новых, более действенных способов решения его проблем. Эффективность решения в этом случае зависит от способности терапевта и пациента выработать решение конкретной проблемы, а также реализовать это решение на практике.

Настроение и решение проблем

При работе с пограничными пациентами очень важно понимать закономерности влияния настроения на решение проблем. Как я уже неоднократно упоминала, для пациентов с ПРЛ характерны непредсказуемые и частые перемены настроения. Плохое настроение — основная эмоциональная тональность хронически суицидальных пациентов с ПРЛ, однако все пограничные пациенты восприимчивы к любым эмоционально-значимым видам терапевтического поведения. Таким образом, плохое настроение пациента часто может повышаться, а хорошее — портиться под влиянием неумышленных или случайных действий и слов терапевта.

Решение проблем, когнитивная гибкость и настроение неразрывно связаны. Когнитивная гибкость соотносится со способностью активно выбирать когнитивные стратегии, которые соответствуют определенным задачам на определенном этапе, адаптироваться к окружению, а также находить творческие, но адекватные решения проблем (*Berg & Sternberg, 1985; Showers & Cantor, 1985; Simon, 1990*). Таким образом, способность анализировать проблемы (особенно те аспекты собственного поведения и окружения, которые имеют отношение к данной проблеме) и вырабатывать эффективные решения требует определенного уровня когнитивной гибкости. Некоторые исследования убедительно показывают, что положительное настроение способствует когнитивной гибкости и, соответственно, решению проблем в целом.

Хорошее настроение повышает способность индивида разрабатывать множественные, альтернативные истолкования определенной ситуации и находить взаимосвязи и сходство между ними или различия в зависимости от ситуации (*Murray, Sujan, Hirt, & Sujan, 1990; Showers & Cantor, 1985*). Эти способности в свою очередь выступают необходимым условием для сотрудничества с терапевтом при анализе и интерпретации поведенческих паттернов. Хорошее настроение также повышает креативность, в том числе генерирование решений проблем (*Isen, Daubman, & Nowicki, 1987; Isen, Johnson, Mertz, & Robins, 1985*). Индивиды в хорошем настроении, когда их просят придумать решения определенных проблем, организуют информацию не так, как другие, обнаруживают такие связи и отношения, которые не видят в другом эмоциональном состоянии, а также используют более творческие и интуитивные когнитивные стратегии (*Fiedler, 1988*). Оценка результатов, связанных с определенными моделями решения проблем, также зависит от настроения. Например, субъективная оценка риска и вероятности положительного или отрицательного исхода связана с соответствующим настроением индивида в момент оценки (обзор литературы по данному вопросу можно найти в: *Williams, 1993*).

Все эти моменты очень важно помнить при использовании стратегий решения проблем в работе с пограничными пациентами. В частности, терапевту нужно быть готовым к тому, что решение проблем зачастую будет проходить медленнее и окажется более трудным, чем при работе со многими другими категориями пациентов. Особенно важной может быть потребность в сочувствующем понимании и терапевтических вмешательствах, направленных на повышение настроения во время решения проблем. Эффективность стратегий валидации отчасти зависит от их способности повышать настроение. Понимание этой закономерности терапевтом и мысленное напоминание об этом себе при работе с пациентом может предупредить неадекватные интерпретации пассивности пациента в решении проблем или отрицательного отношения к предлагаемым решениям как нежелания изменяться или недостаточного старания.

Первоочередная задача терапевта — сориентировать пациента на осмысление неадаптивного поведения как фактического результата неадекватных попыток разрешения проблем. С помощью терапевта эти проблемы можно разрешить более функциональным и адаптивным способом. Шесть групп проблемно-ориентированных стратегий, которые обсуждаются в настоящей главе (поведенческий анализ, стратегии инсайта, дидактические стратегии, анализ решений, ориентирующие стратегии и стратегии обязательств), могут применяться повторно по мере возник-

новения или представления новых проблем. В некоторых случаях при работе над одной и той же проблемой варьируется набор стратегий и/или происходит повторение некоторых элементов (иногда многократно). Применение стратегий решения проблем в более широкой ситуации выбора ДПТ как терапевтического метода для определенного индивида подробнее обсуждается в главе 14.

Обзор стратегий решения проблем

Процесс решения проблем включает две стадии: 1) понимание и принятие имеющейся проблемы и 2) попытка выработать, оценить и внедрить альтернативные решения, которые могли быть использованы или могут использоваться в подобных проблемных ситуациях в будущем. Стадия принятия подразумевает поведенческий анализ, стратегии инсайта и дидактические стратегии; вторая стадия, нацеленная на изменение, подразумевает анализ решений, ориентирующие стратегии и стратегии обязательств.

Хотя это может показаться само собой разумеющимся, решение проблем прежде всего требует принять факт существования проблемы. Как уже упоминалось, терапевтическое изменение возможно только при принятии существующего положения вещей. Что касается индивидов с ПРЛ, решение проблем чрезвычайно затрудняется из-за характерной тенденции этой категории пациентов отрицательно воспринимать себя, а также их неспособности регулировать последующий эмоциональный дистресс. С одной стороны, пациентам с ПРЛ трудно правильно определять средовые проблемы. Как правило, они склонны считать себя в определенной степени виноватыми и ответственными за возникновение этих проблем. С другой стороны, эта воспринимаемая вина настолько невыносима, что пациенты нередко реагируют на нее, подавляя процессы самоанализа. Часто необходимы многократные попытки исправления ошибок в диалектическом мышлении, которые могли привести к описанной выше позиции пациента и ее эмоциональным последствиям, прежде чем он сможет признать факт существования болезненных проблем. Стратегии валидации, описанные в главе 8, а также стратегии негативной коммуникации, описанные в главе 12, способствуют этому процессу без подкрепления суицидального или иного экстремального поведения.

Поведенческий анализ требует цепного анализа событий и ситуативных факторов, предшествующих определенной проблемной реакции и следующих за нею. Это подробный анализ, при котором большое внимание уделяется воздействию на окружение когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций пациента. Стратегии инсайта, отделенные от поведенческого анализа условно, для удобства рассмотрения, включают наблюдение и обозначение поведенческих паттернов и особенностей ситуации во времени. Анализ проблемы проводится в некритической форме, при этом уделяется внимание тенденции пациента испытывать панику и одновременно выносить жесткие, безапелляционные суждения всякий раз, когда поведение или результаты поведения не соответствуют ожидаемым или желаемым. Как правило, цель этих суждений меняется, пациент переключается (подчас с молниеносной быстротой) с себя как виновника проблем на среду или других людей как единственный источник проблемы. И в первом, и во втором случае терапевт дает пациенту дидактическую информацию о характеристиках поведения людей в

целом и индивидов с ПРЛ в частности. Эта информация нормализует поведение пациента и служит источником гипотез относительно факторов, поддерживающих поведение пациента, а также факторов, которые могут способствовать процессу изменения. Вторая стадия решения проблем начинается с выработки и оценки альтернативных решений, которые могут быть использованы в будущем. Как только определяется диапазон решений, терапевт и пациент выясняют, что требуется для практической реализации процедур изменения, т.е. терапевт ориентирует пациента на изменение. Наконец, терапевт и пациент принимают на себя обязательство применять выработанные решения. Я говорю о стратегиях обязательств в последнюю очередь для удобства объяснения; фактически стратегии обязательств предваряют, сопровождают процедуры изменения и следуют за ними.

СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Поведенческий анализ — один из наиболее важных и сложных для применения комплексов стратегий в ДПТ. Многие (если не все) терапевтические ошибки — это ошибки в оценке, т.е. это реакции терапевта, основанные на неверном понимании и оценке определенной проблемы. Поведенческий анализ — первый шаг в решении проблем. Лечение любого нового пациента или любого нового проблемного поведения данного пациента требует соответствующего поведенческого анализа, который будет основанием для выбора адекватного терапевтического вмешательства. Кроме того, появление (или исчезновение) целевого проблемного поведения в промежутках между психотерапевтическими сеансами, а также неудачи самоконтроля (например, безуспешные попытки усилить позитивное и ослабить негативное поведение) либо проблемы в самом терапевтическом процессе требуют прежде всего применения поведенческого анализа.

Цель поведенческого анализа — выяснить, в чем состоит проблема, что ее вызвало, что мешает ее разрешению и какие вспомогательные средства, способные помочь в ее разрешении, имеются в наличии. В некоторых случаях эта информация может быть отчасти известной или логически выводимой. Поэтому процесс поведенческого анализа может быть кратковременным и включать всего несколько вопросов либо достаточно продолжительным и требовать целого психотерапевтического сеанса или даже нескольких сеансов. И в первом, и во втором случае самое главное — эмпирическая проверка либо догадок терапевта, основанных на опыте общения с данным пациентом, либо гипотез, основанных на определенных научных концепциях; в определенном смысле это противовес предубеждениям терапевта. Поэтому небрежность или поспешность при проведении поведенческого анализа недопустимы. Исключениями могут быть лишь случаи, когда необходимо срочное вмешательство, даже не обоснованное предварительной оценкой; когда другие виды деятельности очевидно более приоритетны или когда терапевт полностью уверен в своей оценке данной ситуации.

Как уже упоминалось, поведенческий анализ обсуждается отдельно от стратегий инсайта исключительно для удобства описания. В действительности он всегда включает стратегии инсайта; в свою очередь осознание определенной проблемы и поведенческих паттернов пациента зависит от умелого использования поведенчес-

кого анализа. В большинстве пособий по поведенческому анализу сочетаются два набора стратегий, и весь этот комплекс называется "поведенческим анализом" или "функциональным анализом". Для удобства рассмотрения два упомянутых набора стратегий можно разделить следующим образом. Поведенческий анализ в ДПТ подразумевает глубинный анализ определенного проявления проблемы или комплекса проявлений проблемы либо целевого поведения. Таким образом, поведенческий анализ означает осознанную и направленную попытку терапевта (и, будем надеяться, пациента) установить факторы, которые предшествуют данному поведению, сопровождают и "контролируют" его либо влияют на него. Терапевтический инсайт — обратная связь, получаемая пациентом от терапевта относительно паттернов поведения, возникающих либо в контексте взаимоотношений или обсуждений во время психотерапевтических сеансов, либо в контексте нескольких отдельных курсов поведенческого анализа.

Наиболее важны три аспекта процесса поведенческого анализа: 1) проведение поведенческого анализа требует сотрудничества терапевта и пациента (что обусловливает необходимость одновременного применения других стратегий — в частности, валидации и управления стрессовыми ситуациями); 2) анализ должен быть достаточно подробным для того, чтобы предоставить точную и достаточно полную картину последовательности внутренних и внешних событий, связанных с данным проблемным поведением; 3) выводы должны предлагаться таким образом, чтобы можно было отказаться от них в случае их последующего опровержения. Конечная цель — научить пациента самостоятельно проводить полный поведенческий анализ. Он включает несколько стадий, которые обсуждаются ниже и представлены в табл. 9.1.

Таблица 9.1. Стратегии поведенческого анализа

Помощь пациенту в ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ:

- терапевт помогает пациенту сформулировать проблему в поведенческих терминах;
- терапевт помогает пациенту дать конкретное описание проблемного поведения с точки зрения следующих его аспектов:
  - — частота;
  - — продолжительность;
  - — интенсивность;
  - — содержание;
- терапевт сопровождает это описание валидацией.

Проведение ЦЕПНОГО АНАЛИЗА:

- терапевт и пациент выбирают один из аспектов проблемы для последующего анализа;
- терапевт занимается небольшими единицами поведения (звеньями цепочки), обращая внимание на выявление начала цепочки (антецедентов), середины (проблемное событие как таковое) и конца цепочки (консеквентов) с точки зрения следующих аспектов:
  - — эмоции;
  - — телесные ощущения;
  - — мысли и образы;
  - — внешнее поведение;
  - — средовые факторы;
- терапевт по мере необходимости проводит краткий цепной анализ происходящих во время сеанса событий;
- терапевт поддерживает настроение сотрудничества у пациента (и у себя);
- терапевт помогает пациенту разрабатывать методы отслеживания его собственного поведения в промежутках между психотерапевтическими сеансами.

Таблица 9.1 (окончание)

Совместная с пациентом ВЫРАБОТКА ГИПОТЕЗ относительно переменных, воздействующих на поведение и контролирующих его:

- терапевт использует результаты предварительного анализа для уточнения текущего анализа;
- терапевт руководствуется принципами ДПТ.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт потакает тенденции пациента избегать поведенческого анализа целевого поведения;
- терапевт необъективно собирает информацию, чтобы доказать собственную теорию поведения пациента.

Можно по-разному разбить процесс проведения такого анализа. Постоянно используются далеко не все аспекты анализа, обсуждаемые ниже, их последовательность также может варьироваться. Однако терапевт должен, как минимум, получить всю необходимую информацию.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Выбор направленности

Направленность определения проблемы зависит от ряда факторов. На первом уровне (“Уровни решения проблем”, см. выше), когда терапия начинается или когда ее цели или задачи еще не установились, терапевт ориентируется на иерархию целей (глава 6, табл. 6.1). Проблемы изучаются по всем семи направлениям: суицидальное поведение; препятствующее терапии поведение; поведение, ухудшающее качество жизни; дефицит поведенческих навыков; реакции посттравматического стресса; проблемы с самоуважением; трудности достижения индивидуальных целей. На втором уровне решения проблем, когда терапевтический процесс набирает ход, направленность оценки определяется расположением целей в иерархии ДПТ. Таким образом, на первом этапе терапии любые виды суицидального поведения, а также препятствующего терапии или ухудшающего качество жизни поведения, имевшие место в промежутке между предыдущим и нынешним сеансами, расставляются в порядке приоритетности. На втором этапе терапии объектом анализа становятся реакции посттравматического стресса. На последнем этапе терапии проводится наблюдение и работа с факторами, препятствующими самоуважению и достижению индивидуальных целей. Здесь, если отсутствует приоритетное проблемное поведение, пациент самостоятельно составляет повестку дня и определяет направленность сеанса.

Этот процесс приближения к подлежащей анализу проблеме отличается от поведенческого метода формулирования клинического случая А. Турката (*Turkat, 1990*) тем, что наиболее приоритетные цели — это не столько “первичные” проблемы, которые могут рассматриваться как причины всех остальных симптомов, сколько проблемы, которые представляют наибольшую непосредственную угрозу жизни, терапии и минимальному качеству жизни (именно в таком порядке). С точки зрения ДПТ, оценка любой проблемы вскоре выведет на “первичную” проблему благодаря взаимосвязям между поведенческими системами и проблемами, установленным в ходе многократно проведенного поведенческого анализа. Приближение к этим первичным проблемам зависит от проведения тщательного цепного анализа, о котором мы поговорим позже.

Поведенческая формулировка проблемы

Хотя в некоторых случаях проблема, требующая разрешения, заключается в поведении окружения, а не пациента, задача терапии — сформулировать проблему с помощью описания некоторых аспектов чувств, мыслей или действий пациента либо терапевта. Например, если супруг пациентки применяет к ней физическое насилие, проблему можно сформулировать как неприятие ситуации пациенткой. Конечное решение может заключаться либо в разводе, либо в таких действиях, которые заставят супруга прекратить насилие или обеспечат контроль над поведением супруга со стороны других людей. Квалифицируя поведение пациентки, которое подразумевает отсутствие действий, направленных на расторжение супружеских отношений или изменение поведения супруга, как проблему, я вовсе не исключаю дисфункциональность, неадаптивность и отрицательное подкрепление со стороны окружения. Тем не менее, определяющая характеристика любой психотерапии взрослых, в том числе ДПТ, состоит в том, что главный акцент делается на поведении индивида в определенной ситуации, а не на ситуации как таковой.

Как я уже упоминала, пациент с ПРЛ часто предлагает решение проблемы (например "Я покончу с собой"), не будучи способным идентифицировать саму проблему. Пациент может представлять чрезвычайно болезненные эмоции или обсуждать случаи отрицательного подкрепления со стороны окружения, будучи не в состоянии обозначить такие события как проблемные ситуации, подлежащие изменению. В других случаях пациент описывает ситуацию или событие настолько расплывчато и неопределенно, что трудно вычленить в этом описании проблему как таковую. В любом случае терапевт должен объяснить пациенту, что первая задача — дать четкую поведенческую формулировку проблемы. Зачастую пациенты не хотят обсуждать проблемы в подобном ключе; в таких случаях терапевту следует еще и еще раз объяснить пациенту, как проявляется проблемное поведение. Однако, как уже упоминалось в главе 8, для терапевта очень важно не считать само собой разумеющимся, что проблема заключается в искажении ситуации пациентом, а не в отрицательном подкреплении со стороны самой ситуации.

Специфическое описание проблемы

Определение проблемы должно быть конкретным, а не общим. Описание проблемы как "постоянное чувство грусти" слишком общее. Сказать, что проблема заключается в "постоянной депрессии", будет более конкретным описанием, но все же недостаточным. Цель — точно и подробно описать то, что индивид подразумевает под словами "постоянная" и "депрессия". Таким образом, как только проблемный поведенческий паттерн определяется в общем, терапевт должен получить точное описание этого поведения с точки зрения его содержания (что именно делал пациент), частоты (со времени предыдущего сеанса) и интенсивности (т.е. силы или глубины поведения).

Ниже приводятся примерные вопросы для выяснения конкретных описаний: "Что именно вы имеете в виду?", "Сколько раз это происходило за прошедшую неделю?", "Как долго [сколько минут] сохранялось это чувство?", "В этот момент вы о чем-то думали? О чем именно?", "Насколько сильным было это чувство/желание, если оценивать его по 100-балльной шкале?" Хотя после нескольких пове-

денческих анализов в настолько подробном опросе может не быть необходимости, тем не менее терапевт должен быть очень внимательным, чтобы не расслабиться и не подумать, что все уже ясно, когда не все еще выяснено. Предположение того, что не является очевидным, — одна из самых распространенных ошибок, которую допускают люди при обучении поведенческому анализу.

Конкретные терапевтические стратегии для получения необходимой информации и формулировки проблемы включают такие стратегии валидации, как активное наблюдение, отражение, помощь пациенту в наблюдении и обозначении эмоций, чтение эмоций, вопросы множественного выбора относительно эмоций пациента, получение логически невыводимых и некритических описаний поведения, выяснение и отражение мыслей пациента, а также оценка фактов (подробнее об этом — в главе 8).

Валидация дистресса пациента

Очень трудно сосредоточиться на решении проблем, предварительно не приняв действительного существования проблемы. Как упоминалось в главе 8, пограничным и суицидальным индивидам зачастую очень трудно переживать и признавать наличие болезненных эмоций или потребность в помощи. Поэтому стратегии валидации должны подкрепляться всеми стратегиями оценки.

2. ПРОВЕДЕНИЕ ЦЕПНОГО АНАЛИЗА

Выбор конкретного случая поведения для анализа

Как только проблемное поведение выявлено, следующая задача — разработать подробное, поэтапное описание цепочки событий, которые привели к данному поведению и следуют за ним. На первом уровне решения проблем, в начале терапии, специалисту придется сочетать общий анализ паттернов проблемного поведения, их антецедентов и консеквентов с более подробным анализом конкретных случаев проблемного поведения. Это описывается в главе 14.

На втором уровне решения проблем цепной анализ обращается на любые случаи целевого поведения, которые имели место со времени предыдущего сеанса или происходят во время текущего сеанса. Очень важный момент при этом заключается в том, что хотя терапевт должен иметь представление о частоте проявлений данного поведения, цепной анализ требует выбора одного случая проблемного поведения. Важность этого условия невозможно переоценить. Сущность цепного анализа состоит в подробнейшем изучении конкретного примера определенного вида дисфункционального поведения. Большая доля терапевтической работы в ДПТ приходится на неустанный анализ конкретных случаев целевого поведения, при котором новая информация интегрируется с уже имеющейся, с целью описания паттернов и выяснения возможных новых поведенческих решений для текущих проблемных событий.

Для чего нужен такой акцент на подробной оценке отдельных случаев поведения? Это объясняется тем, что терапевт не полагается на способность пациента запоминать, анализировать, выбирать значимые антецеденты и консеквенты, а также синтезировать информацию, полученную при анализе различных эпизодов. Другими словами, терапевт не предполагает, что пациент приходит на тера-

пию, вооруженный хорошими навыками поведенческого анализа. Если целевое поведение или проблемная ситуация имели место больше одного раза за истекшую неделю либо во время текущего сеанса проявляется несколько видов проблемного поведения, выбор одного из них для анализа определяется рядом факторов. Интенсивность поведения, его запоминание пациентом, роль поведения в возникновении других событий, предпочтения пациента — все это имеет большое значение. Если степень серьезности проблемы и ее приоритетность равнозначны, терапевт должен выбирать для анализа те виды поведения, которые имеют место во время сеанса, но не между сеансами. Спустя некоторое время, после нескольких курсов анализа, делается выборка примеров поведения, которая представляет весь класс событий.

На третьем уровне решения проблем, если нет подлежащих анализу приоритетных видов поведения или кризисных ситуаций, требующих непосредственного внимания, фокус анализа, как уже упоминалось, определяется пациентом.

Звенья цепи

С чего начинать? Поскольку неадаптивное поведение рассматривается как средство решения проблемы, хороший способ найти начало цепочки — спросить пациента о том, когда возникла проблема. Неадаптивное поведение для удобства анализа рассматривается как явление, имеющее начало, середину (рассматриваемое поведение) и конец. Мой опыт показывает, что пациент обычно может указать (хотя бы приблизительно), когда началось данное явление. Однако главное — вычленить в среде то событие, которое вызвало цепочку проблемного поведения пациента. Хотя зачастую события, обусловливающие поведение, плохо поддаются выявлению, устанавливать их необходимо. Общая задача — найти связи между поведением пациента и средовыми событиями, особенно теми, которые влияют на его поведение (это влияние может не осознаваться самим пациентом). Например, пациент может просто проснуться с чувством безнадежности и желанием наложить на себя руки, или пациент может быть не в состоянии выявить средовые факторы, которые вызвали беспокойство. Тем не менее терапевт должен получить удовлетворительное описание событий, совпадающих с началом проблемы, даже если эти события, на первый взгляд, не имеют отношения к поведению пациента. Вместо того чтобы спрашивать: "Что стало причиной этой проблемы?", терапевт должен формулировать вопрос следующим образом: "Что спровоцировало эту проблему?" или "Что происходило в момент возникновения проблемы?". Клиницисты, не имеющие достаточной подготовки в сфере поведенческой терапии, как и пациенты, могут столкнуться с искушением преждевременного прекращения этих поисков. Если же терапевт проявит настойчивость и терпение, со временем может выявиться паттерн событий, имеющих отношение к возникновению проблемы.

Восстановление звеньев. Самое главное здесь в том, что терапевт должен заниматься небольшими единицами поведения — образно говоря, отдельными звеньями цепочки. Многие терапевты, и в этом заключается распространенная проблема, предполагают, что видят связи между одной поведенческой реакцией и следующей, поэтому им не удается обнаружить многие звенья цепи, которые могут оказать-

ся важными. Как только терапевт и пациент находят начало цепочки, специалист должен получить очень подробную информацию о том, что происходило вокруг и каким было поведение пациента в то время, которое соответствует началу проблемы. Под "поведением" пациента я подразумеваю действия, чувства (эмоции и ощущения), мысли (ожидания и допущения) и воображение.

Когда описано одно звено, следует спросить: "Что было после этого?" Необходимо описание поведенческих и средовых событий, соответствующих каждому звену цепочки. И пациент, и специалист зачастую могут испытывать желание перескочить через несколько звеньев. При восстановлении звеньев терапевт может задавать вопросы по модели "Как произошел переход от... к..?", например: "Как произошел переход от желания встретиться со мной к решению позвонить мне по телефону?" Когда мы с одной из моих пациенток анализировали ее суицидальную попытку, пациентка сказала мне, что прежде чем перейти к суицидальным действиям, она решила покончить с собой. Я спросила, что привело ее к такому решению. Пациентка ответила, что чувствовала — жизнь слишком невыносима, чтобы ее продолжать. С точки зрения пациентки, связь между чувством невыносимости жизни и решением покончить с собой была очевидной, но для меня такой очевидности не было. Мне казалось, что человек, жизнь которого стала слишком болезненной, может решить изменить свою жизнь. Или же человек может решить, что смерть еще ужаснее, чем самая тяжелая жизнь, и смириться со страданиями. Как выяснилось при опросе, пациентка фактически предположила, что после смерти она будет более счастлива, чем при жизни. Доказательство несостоятельности этого предположения стало одним из решений проблемы настойчивых суицидальных попыток.

Применяемая при этом стратегия — почти диаметральная противоположность таким стратегиям, как эмоциональная, поведенческая или когнитивная валидация, описанные в главе 8. Вместо того чтобы объяснять значение звеньев цепочки, терапевт должен играть роль наивного наблюдателя, ничего не понимающего и во всем сомневающегося. Это совсем не означает, что терапевт не может или не должен восстанавливать звенья цепочки самостоятельно, независимо от пациента. Это может быть необходимо, если пациент перескакивает через несколько звеньев цепочки (событий, мыслей, чувств). В такой ситуации терапевт должен поставить вопрос о возможной значимости определенного события, мысли или чувства как звена цепи.

При этом перед терапевтом стоит несколько задач. Во-первых, ему необходимо выявить события, которые могут автоматически вызывать неадаптивное поведение или служить побуждающими факторами. Эмоциональные реакции в особенности, но также и другие виды поведения, могут контролироваться прежде всего посредством их условнорефлекторных связей с событиями. Во-вторых, терапевт должен выявить поведенческий дефицит, который мог обусловить проблемные реакции. Если парасуицид — это "крик о помощи", вполне возможно, что альтернативное поведение поиска помощи недоступно пациенту. В-третьих, терапевту нужно вычленить события в окружении либо в первичных реакциях индивида (страхи, представления, несовместимые виды поведения), которые могли препятствовать более адекватному поведению. Наконец, терапевту необходимо получить общее пред-

ставление о том, как пациент приходит к дисфункциональным реакциям, а также о возможных альтернативных путях, которые пациент мог бы выбрать.

На чем следует остановиться? Цепной анализ требует информации о событиях, которые привели к проблемному поведению (антецеденты), а также информации о последствиях поведения (консеквенты). Наиболее значимые последствия — те, которые могут воздействовать на проблемное поведение, поддерживая, укрепляя или усиливая его (подкрепляющие факторы). Сюда может относиться протекание предпочтительных событий, отсутствие или прекращение отрицательного подкрепления либо возможность выбора предпочтительного поведения. Подобным образом терапевту необходимо установить последствия, которые могут сыграть важную роль в ослаблении или устранении проблемного поведения.

Как и в отношении событий, предшествующих поведению, терапевт должен получить информацию о внешних (влиянии поведения на внешнее окружение или внешние отношения) и внутренних (эмоции, телесные ощущения, действия, образы, мысли, предположения и ожидания) событиях. Очень важно добыть информацию как о самих событиях, так и об их значении или привлекательности для пациента. Терапевту понадобятся определенные знания элементарных принципов подкрепления. Например, непосредственные результаты, по всей вероятности, окажут большее влияние на поведение, чем отдаленные во времени результаты. Периодическое подкрепление может быть мощным средством повышения сопротивляемости и устойчивости поведения. Наказание подавляет поведение, но если другая, потенциально подкрепляющая реакция недоступна, данное поведение после прекращения наказания обычно возобновляется.

Задача при этом — точно установить функцию поведения, или, другими словами, определить, какую проблему решает данное поведение. Самый важный момент, который при этом следует помнить, — пациент может не осознавать ни функции поведения, ни того, какие из многочисленных его последствий играют роль в поддержании поведения. Это относится к большинству видов поведения большинства людей; поведенческое научение происходит в основном неосознанно. (Или, с другой точки зрения, научение в основном имплицитно, а не эксплицитно.) В равной мере важно помнить о том, что говорить о поддержании поведения за счет последствий — совсем не то же самое, что говорить о действиях пациента "с целью" добиться таких последствий. Например, студенты могут повлиять на местоположение преподавателя в аудитории или на содержание его лекции, просто улыбаясь и кивая всякий раз, когда преподаватель приближается к выбранному месту или говорит на определенную тему. Однако означает ли это, что преподаватель изменяет свое поведение, чтобы добиться улыбок и одобрительных кивков от своих студентов? Компьютер можно запрограммировать таким образом, чтобы его "поведение" менялось в зависимости от последствий, но значит ли это, что компьютер действует, чтобы добиться определенных последствий? Однако именно приписываемый пациентам мотив действий "с целью" часто подрывает готовность пациентов к анализу влияния последствий на их поведение — прежде всего потому, что мотив "с целью" часто высосан из пальца, не соответствует действительному опыту пациента и имеет отрицательное значение. Объяснение этих моментов — очень важная часть терапии (я вернусь к этому позже, при обсуждении дидактических стратегий).

Проведение краткого цепного анализа поведения, проявляющегося во время сеанса

Если целевое поведение наблюдается во время психотерапевтического сеанса, оно должно немедленно анализироваться. Однако при направленности терапии на эти виды поведения цепной анализ часто сокращается, иногда до нескольких вопросов. Например, если пациент угрожает самоубийством, терапевт может остановиться и задать ему некоторые вопросы, устанавливая причину суицидальных угроз, сказать несколько слов об альтернативных реакциях, а затем вернуться к обсуждаемой перед этим теме. Такое отступление займет всего несколько минут, но может оказать очень сильное влияние при условии умелого применения. Такая техника концептуально приближается к стратегиям инсайта (которые будут обсуждаться ниже).

Поддержание сотрудничества

Привлечение пациента к сотрудничеству при проведении цепного анализа — одна из основных терапевтических задач. Как показывает мой опыт, и терапевт, и пациент часто сопротивляются этому. У пациента могут быть самые разные причины уклоняться от анализа. Во-первых, он требует значительных усилий, зачастую именно тогда, когда пациенты истощены, нуждаются в опеке или прибегают к модели активной пассивности. Анализ дисфункционального поведения в прошлом также обычно вызывает чрезвычайно болезненное чувство стыда. Более того, анализ не соответствует нынешним интерпретациям собственного поведения — интерпретациям, поддержание которых может быть обусловлено определенными факторами. Наконец, поскольку проблемное поведение осталось в прошлом, пациенты часто предпочитают забыть о нем и заняться текущим кризисом. Даже при анализе старых проблем пациент предпочитает сосредоточиться на ситуации (в качестве которой может выступать либо окружение, либо поведение пациента, либо некая комбинация того и другого), которая запустила цепочку событий, а не на своих неадаптивных решениях проблемной ситуации. Терапевты должны помнить, что бо́льшую часть времени дисфункциональное поведение со стороны клинициста выглядит как проблема, а со стороны пациента — как решение проблемы. Может понадобиться напоминание (иногда многократное) пациентам о проблемных аспектах их поведения и их обязательствах работать над этим поведением.

Терапевт также может предпочесть уклониться от этого анализа. Как и для пациента, такого рода анализ подразумевает много активных усилий. Зачастую гораздо проще и интереснее просто сидеть и слушать то, о чем рассказывает пациент. Для многих терапевтов очень трудно направить пациента в нужное русло или заставить делать то, что ему делать не хочется. Некоторые специалисты боятся, что цепной анализ спровоцирует суицид пациентов. Или же сильное сопротивление и враждебность пациента, направленные на клинициста, могут носить слишком выраженный характер, превосходящий “предел прочности” терапевта. Мой опыт показывает, что тенденция избегать поведенческого анализа вообще и цепного анализа в частности выступает одним из самых серьезных препятствий для проведения ДПТ. Наиболее эффективное “противоядие” в этом случае — консультативная группа по обсуждению клинических случаев.

Использование предыдущего анализа для уточнения текущего

После нескольких курсов цепного анализа определенного поведенческого паттерна терапевт в сотрудничестве с пациентом должен выработать несколько гипотез относительно типичных контролируемых переменных. Эти гипотезы могут относиться к ситуациям, в которых проявляется проблемное поведение; другим видам поведения (мысли, чувства, ощущения и внешние действия), которые обычно приводят к проблемному поведению; подкрепляющим факторам, которые могут поддерживать проблемное поведение; представлениям и ожиданиям относительно функций проблемного поведения и т.д. Терапевт и пациент должны совместно выработать и обсудить эти гипотезы. Сформулированные гипотезы в свою очередь должны направлять поиск информации при следующем анализе. Как только гипотеза сформулирована, последующий цепной анализ может использоваться для проверки ее правильности. За счет этого поиск информации становится все более направленным и точным.

Помощь пациенту в отслеживании поведения

Как уже упоминалось в этой главе, многочисленные эксперименты убедительно свидетельствуют о том, что настроение пациента в данный момент может оказывать мощное влияние на память и определять особенности организации, восстановления и обработки информации (*Williams, 1993*). Эта проблема особенно актуальна при терапии пациентов с ПРЛ, поскольку изменчивая регуляция настроения и аффекта — определяющая характеристика данной категории пациентов. В ДПТ акцентируется не только поведение, наблюдающееся в рамках психотерапевтического сеанса, но и те виды поведения и события, которые имели место со времени предыдущего сеанса. Чтобы надлежащим образом оценивать и лечить эти виды поведения, крайне необходима более или менее точная информация.

Полагаться на непроизвольную память — наименее приемлемый способ получения информации. Поэтому ДПТ, как и большинство других типов поведенческой терапии, подчеркивает необходимость ежедневного отслеживания пациентами собственного поведения. Использование дневниковых карточек, о котором говорится в главе 6, — важная составляющая ДПТ, по крайней мере во время первых двух этапов терапии, когда идет работа с конкретными видами поведения. В карточках фиксируется частота и интенсивность проблемного поведения в промежутках между сеансами индивидуальной терапии. Однако дневниковые карточки не включают информацию о событиях, сопровождающих проблемное поведение. Таким образом, эти карточки сигнализируют о наличии проблем, которые требуют рассмотрения и оценки.

Необходимость более подробных дневниковых записей зависит от способности пациента запоминать события, от этапа оценивания проблемы, а также от способности и готовности пациента к письменному отслеживанию собственного поведения. Некоторым пациентам хорошо удается вербальная реконструкция событий, сопровождающих проблемное поведение. Хотя одна или две недели ежедневного отслеживания могут быть хорошей проверкой адекватности припоминания пациента, нужды в постоянном ежедневном отслеживании поведения зачастую нет. Другим пациентам может быть трудно восстанавливать в памяти специфические

подробности, сопровождающие проблемное поведение. Цепной анализ поведения, проводимый во время психотерапевтического сеанса, может быть вполне полезным для обучения этих пациентов тому, как систематизировать и припоминать значимые события. Мой опыт показывает, что после серии таких анализов у большинства пациентов возрастает способность обращать внимание, систематизировать и запоминать как проблемное поведение, так и связанные с ним события. Имеются данные, что это повышение способности к запоминанию конкретного поведения и событий можно считать одним из терапевтических механизмов ДПТ (*Williams, 1991*).

При ведении подробного журнала поведения терапевт должен уделять внимание краткому описанию проблемного поведения. Сюда входят: дата, продолжительность, частота поведения, его место или контекст (где и с кем); мысли, чувства и прочие виды поведения, предшествующие проблемному поведению (антецеденты); а также события, произошедшие впоследствии (консеквенты). В зависимости от задачи некоторые из этих категорий могут исключаться или объединяться. Использование такого рода журнала дает терапевту возможность помочь пациенту наблюдать и описывать "кто", "что", "когда", "где" и "как"; отличать предположения от наблюдений; а также систематизировать и структурировать воспоминания для максимального содействия поведенческому изменению.

При использовании ежедневного отслеживания поведения терапевт и пациент должны совместными усилиями выработать его форму. Важность этой задачи трудно переоценить. Почти всегда у пациентов складываются особое мнение и предпочтения относительно структурирования этой задачи; бесполезно навязывать им определенный формат.

Некоторым пациентам нравится вести дневник. Они приносят на каждый сеанс подробные записи о том, как прошла неделя, либо посылают свои записи почтой. Задача терапевта — структурировать эту деятельность таким образом, чтобы можно было быстро найти и систематизировать необходимую информацию. Другие пациенты не хотят или не могут вести ежедневное письменное отслеживание своего поведения. Хотя заполнение дневниковых карточек в ДПТ — обязанность каждого пациента (и до сих пор у меня еще не было ни одного пациента, который был бы не способен на это), вводятся и другие формы отслеживания поведения — по выбору каждого терапевта и пациента. Например, пациентам, страдающим дислексией, очень трудно справиться с любой письменной задачей. Другие пациенты жалуются, что проблема мешает им сосредоточиться на отслеживании своего поведения.

Необходимость квалифицировать отказ или неспособность пациента отслеживать свое поведение как препятствующее терапии определяется важностью информации для проведения терапии. Например, если для изменения продолжительных или часто возникающих мыслей либо предположений применяются процедуры когнитивной модификации, пациент не в состоянии адекватно и точно припомнить последовательность и содержание своих мыслей за прошедшую неделю или отношение этих мыслей к проблемному поведению. В такой ситуации ежедневное отслеживание поведения может быть крайне необходимым, и терапевту следует использовать такой формат, несмотря на то что пациенту не хочется или трудно этим заниматься. В других случаях отслеживание своего поведения может быть полезным, но не таким уж необходимым. Мой опыт показывает, что большинство паци-

ентов могут (с помощью терапевта) научиться довольно точно запоминать события, приводящие к парасуицидальному поведению, а также сопровождающие его и следующие за ним. Терапевту не стоит настаивать на отслеживании пациентом своего поведения просто потому, что мысль о его проведении кажется ему правильной.

3. ВЫРАБОТКА ГИПОТЕЗ ОТНОСИТЕЛЬНО ПЕРЕМЕННЫХ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ПОВЕДЕНИЕ

Использование теории для направления анализа

ДПТ предполагает, что каждый пациент обладает уникальным паттерном переменных, контролирующих его "пограничное" поведение, и что переменные, контролирующие поведение в одном случае, могут отличаться от переменных, контролирующих поведение в других случаях. Кроме того, как уже упоминалось в главе 2, ДПТ не предполагает, что какая-либо одна поведенческая система (действия, когнитивные способности, физиологические, биологические или сенсорные реакции) существенно важнее других в возникновении или поддержании проблемного поведения. В этом смысле ДПТ не основывается ни на чисто когнитивной, ни на чисто поведенческой теории. Несмотря на постоянные ссылки на средовой контекст поведения, ДПТ предполагает, что центральные причины поведения могут быть как поведенческими, так и средовыми в зависимости от конкретной ситуации.

Однако это не означает, что ДПТ не имеет никаких теоретических предпочтений. Они есть и имеют очень важное значение. Что касается антецедентов, или побуждающих переменных, ДПТ уделяет больше внимания интенсивным эмоциональным состояниям, производящим отрицательное подкрепление. Неадаптивное поведение, в широком смысле, рассматривается как результат эмоциональной дисрегуляции. Ослабление невыносимой эмоциональной боли всегда считается одним из основных факторов, мотивирующих дисфункциональное поведение пациентов с ПРЛ. Поэтому антецедентное эмоциональное поведение должно изучаться особенно глубоко в ходе любого цепного анализа. ДПТ также предполагает наличие типичных паттернов или связок событий, которые с высокой степенью вероятности приводят к эмоциональным состояниям, производящим отрицательное подкрепление. Иными словами, ДПТ рассматривает различные комплексы средовых событий и поведения пациента, которые, очевидно, играют существенную роль в возникновении и поддержании пограничного поведения. Поведенческий дефицит, так же как дефицит в поведенческих навыках психической вовлеченности, межличностной эффективности (особенно это касается разрешения конфликтов), эмоциональной регуляции, перенесения дистресса и самоуправления, — важные объекты оценки с точки зрения нашей теории.

С несколько иной позиции ДПТ предполагает, что определенные комплексы паттернов экстремального поведения также могут играть существенную роль как в возникновении и поддержании пограничного поведения, так и в процессе изменения. Эти паттерны включают дефицит в эмоциональной модуляции, принятии себя, реалистичном рассуждении и суждении, переживании эмоций, активном решении проблем и адекватном выражении эмоциональных состояний и компетентности. Этому дефициту соответствуют (и обычно сопровождают его) чрезмерная эмоциональная реактивность, непринятие себя, вызывающее кризис поведение, сдержи-

ваемое переживание горя, активная пассивность и зависимость от настроения. Эти паттерны и их отношение к ПРЛ и терапии подробно обсуждаются в первых трех главах данной книги. Заинтересованный читатель должен внимательно изучить эти главы, прежде чем приступать к диалектической оценке пациентов с ПРЛ.

СТРАТЕГИИ ИНСАЙТА (ИНТЕРПРЕТАЦИИ)

Цель стратегий инсайта, как показывает название, — помочь пациенту увидеть существующие паттерны и понять функциональные взаимоотношения. Хотя это основополагающая задача поведенческого анализа, о чем говорится выше, терапевт может предлагать свои "инсайты" на разных этапах терапии независимо от формального поведенческого анализа. Терапевтические инсайты (которые в более традиционных школах терапии обычно называются "интерпретациями") могут оказывать очень сильное влияние — как в положительном, так и в отрицательном смысле. Поэтому очень важно, чтобы инсайты предлагались как гипотезы, а не как неоспоримые факты. Более того, терапевт должен сознавать, что предложенные инсайты — продукт его собственных когнитивных процессов, поэтому они не обязательно будут вполне адекватными репрезентациями внешних — по отношению к терапевту — событий.

Терапевтическое поведение, которое относится к инсайту, включает комментарии относительно поведения пациента; обобщение сказанного или сделанного пациентом таким образом, который способствует координации и подчеркиванию некоторых аспектов; выделение и комментирование наблюдаемых взаимоотношений; комментирование скрытого смысла определенного поведения пациента — например, подразумеваемых установок или эмоций. Предложение подобных инсайтов, или интерпретаций, — основополагающая составляющая психотерапии в целом (*Frank, 1973*) и ДПТ в частности. Инсайт часто используется в том случае, когда терапия в основном обращена к другой теме, однако клиницист хочет зафиксировать определенный паттерн или поведение, чтобы обратиться к нему в будущем. В других случаях инсайт может быть прелюдией к возвращению к темам, которых пациент избегает или от которых старается отвлечь внимание терапевта. Инсайты могут быть кратковременными и ненавязчивыми (когда терапевт стремится сориентировать пациента на определенное поведение или паттерн, но хочет, чтобы он пришел к тому или иному заключению самостоятельно) или же конфронтационными (когда терапевт пытается подтолкнуть пациента к более активной или гибкой позиции). В отличие от поведенческого анализа, стратегии инсайта чаще направлены на поведение, которое имеет место во время психотерапевтического сеанса.

Стратегии инсайта не заменяют поведенческого анализа. Инсайты представляют собой формулировки различных теорий относительно того, что делает пациент и почему он это делает. При поведенческом анализе терапевт и пациент пытаются верифицировать эти инсайты. Однако очень важно помнить, что интерпретации, как и другие теории, можно рассматривать не с точки зрения их "истинности", а с точки зрения применимости. Они либо помогают процессу изменения, либо нет. Иногда они могут быть даже вредными. Р. Коленберг и М. Тсай (*Kohlenberg & Tsai,*

1991) замечают, что "все формы психотерапии, по всей видимости, учат клиента давать обоснование [поведения], приемлемое для терапевта". Затем ученые обобщают мысли Р. Вулфолка и С. Мессера (*Woolfolk & Messer, 1988*) о том, что психоанализ можно представить как процесс описания и объяснения случившегося пациентом. Затем терапевт предлагает свои объяснения и интерпретации. Терапия завершается, когда объяснения клиента совпадают с объяснениями терапевта. Стратегии инсайта представлены в обобщенном виде в табл. 9.2.

Таблица 9.2. Стратегии инсайта (интерпретации)

Сосредоточение инсайтов на целевом поведении и его причинах.

Изучение актуального, наблюдаемого, публично проявляющегося поведения пациента и происходящих с ним событий:

- терапевт комментирует поведение пациента во время психотерапевтических сеансов с особым акцентом на видах поведения, доступных наблюдению терапевта.

Применение допущений ДПТ относительно пациентов и биосоциальной теории для структурирования инсайтов.

Предпочтение положительных, эмпатических интерпретаций.

Интерпретация поведения с точки зрения активации и поддержания его позитивных составляющих на данном этапе.

Отслеживание влияния инсайтов и, соответственно, смена их типа в случае необходимости.

Экономное использование инсайтов, сопровождение их валидацией.

АКТУАЛИЗАЦИЯ или комментирование поведения пациента:

- в ходе беседы с пациентом терапевт делится своими наблюдениями относительно его поведения;
- терапевт комментирует поведение пациента, например: "Вы замечали, что...", "Вам не кажется любопытным, что...";
- терапевт уравновешивает подчеркивание негативного поведения акцентом на позитивном поведении.

Помощь пациенту в НАБЛЮДЕНИИ И ОПИСАНИИ повторяющихся закономерностей (поведенческих, средовых) в контексте нахождения смысла в событиях, происходящих в жизни пациента:

- терапевт выявляет повторяющиеся мысли;
- терапевт выявляет повторяющиеся аффективные реакции пациента;
- терапевт выявляет повторяющиеся поведенческие последствия;
- терапевт помогает пациенту наблюдать и описывать паттерны раздражителей и их ассоциативные связи, которые вызывают (модель классического обусловливания) или подкрепляют/наказывают (модель оперантного обусловливания) паттерны реагирования пациента.

Комментирование ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ связей в поведении пациента.

ОЦЕНКА ТРУДНОСТЕЙ принятия или отклонения гипотез поведения, в открытой и гибкой манере:

- терапевт готов признать правильность интерпретаций пациента.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт приписывает пациенту мотивы независимо от собственного восприятия последним своих желаний, стремлений или целей;
- терапевт подстраивает инсайты под свои теоретические пристрастия, вместо того чтобы основывать их на наблюдениях поведения пациента и окружающих его событиях;
- терапевт настаивает на своих интерпретациях и не хочет сотрудничать с пациентом;
- терапевт предлагает негативные, уничижительные интерпретации даже в том случае, если те же виды поведения и события могут соответствовать позитивным интерпретациям;
- терапевт применяет ошибочную логику, настаивая на том, что результаты поведения доказывают его мотивы;
- терапевт использует истолкования для нападок, обвинения или наказания пациента.

Что и как интерпретировать: принципы инсайта

Мнения теоретиков относительно того, какие виды поведения индивидов с ПРЛ подлежат интерпретации и как следует проводить интерпретацию, существенно расходятся. Например, О. Кернберг (*Kernberg, 1975*) предлагает сосредоточиваться на отрицательных характеристиках переноса. Дж. Мастерсон (*Masterson, 1990*) рекомендует сохранять направленность на неадаптивное поведение вне психотерапевтических сеансов. Многие клиницисты поддерживают конфронтацию с интерпретациями пациентов (*Kernberg, 1975; Masterson, 1990; Gunderson, 1984*), в то время как другие авторы говорят об опасности конфронтации (*Sederer & Thorbeck, 1986; Schaffer, 1986*). И Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*), и Н. Шаффер (*Schaffer, 1986*) подчеркивают важность эмпатических или утвердительных интерпретаций. Чем понимание инсайта или интерпретации в ДПТ отличается от понимания интерпретации в других терапевтических школах? Основные различия — в акценте на наблюдаемых, целевых видах поведения (что интерпретировать), а также допущениях, определяющих формулировку инсайтов (как интерпретировать).

Что интерпретировать

Существует три основных принципа определения, какие виды поведения пациента могут или должны интерпретироваться. Первый принцип заключается в том, что большая часть комментариев должна быть направлена непосредственно на поведение, относящееся к иерархии целей ДПТ, либо на такие разновидности поведения, которые с ними функционально связаны. Например, суицидальное поведение или поведение, которое обычно приводит к суицидальному, будет более приоритетным; поведение, которое препятствует проведению терапии в данное время либо чревато проблемами подобного рода в будущем, стоит на втором месте; и т.д. Второй принцип заключается в том, что при равенстве прочих условий инсайты должны быть направлены на наблюдаемые, публичные виды поведения и события, а не на частные, внутренние. Поведение является открытым (для терапевта) при двух условиях: либо терапевт может его наблюдать, либо пациент сообщает о своем внутреннем поведении, которое он наблюдал (например, о своих мыслях, эмоциях и ощущениях). Третий принцип состоит в том, что инсайты должны быть направлены на события и поведение в настоящем, а не прошлом.

Все это говорит о том, что наиболее действенными инсайтами будут такие, которые относятся к поведению пациента, имеющему место в контексте взаимодействия с терапевтом (лично или в форме телефонной беседы). Данные, представленные Э. Марциали (*Marziali, 1984*), позволяют предположить, что положительный исход терапии напрямую зависит от ориентации интерпретаций на поведение пациента в контексте психотерапевтического сеанса. Этот подход срабатывает лучше всего в том случае, когда проблемное поведение пациента носит спонтанный характер или может возникать в контексте терапевтического взаимодействия. Как указывают Р. Коленберг и М. Тсай (*Kohlenberg & Tsai, 1991*), идеальные терапевтические взаимоотношения — те, которые провоцируют проблемное или клинически значимое поведение пациента и в то же время предоставляют возможности для развития более эффективного альтернативного поведения. Проблемные межличностные стили и поведенческие паттерны, препятствующие терапии, относятся к тем

видам поведения, которые с наибольшей степенью вероятности возникнут у пациента с ПРЛ при взаимодействии с терапевтом, поэтому они будут лучшими кандидатами для инсайта. Однако многие другие важные виды проблемного поведения возникнут в контексте терапевтических взаимоотношений, включая суицидальные мысли и угрозы, эмоциональную дисрегуляцию, непереносимость стресса и возбуждения, неспособность к самоуправлению, импульсивное поведение, трудности психической вовлеченности (особенно это касается некритического наблюдения и описания) и весь спектр посттравматических реакций. Точно так же улучшение в любой из этих сфер тоже, по всей вероятности, проявится в контексте терапевтических взаимоотношений. Таким образом, терапевту следует внимательно следить за возможностями наблюдения и комментирования таких случаев поведения пациента, которые свидетельствуют о прогрессе.

Эта характерная, но непостоянная направленность на поведение, возникающее во время психотерапевтических сеансов, отличает ДПТ от многих других типов поведенческой терапии, для которых характерен акцент на поведении пациента в промежутках между сеансами. Единственное исключение относится к парасуицидальному поведению, планированию и подготовке самоубийства, что редко происходит в присутствии терапевта. Поскольку это поведение имеет высокую приоритетность, терапевт должен попытаться построить инсайт, соответствующий вызывающим и поддерживающим это поведение факторам. Как только определены факторы, порождающие поведение, терапевт должен отслеживать их появление в терапевтическом взаимодействии. Например, одна из моих пациенток, Мэри, резала себе запястья каждый раз, когда переживала сильные эмоции и считала, что другие люди не воспринимают всерьез ее состояние. Во время сеансов я заметила. что Мэри часто сообщала о своих чувствах в невыразительном, неэмоциональном стиле, отчего было трудно серьезно относиться к ее словам. Я часто комментировала, что вербальное и невербальное представление своих эмоций несет совершенно разную информацию, поэтому мне трудно определить, насколько интенсивны в действительности ее эмоции. Иногда эти замечания возвращали нас к поведенческому анализу факторов, контролирующих вербальную и невербальную экспрессию пациентки.

Как интерпретировать

Способ интерпретации может быть настолько же важным, насколько и его объект. Комментирование поведения пациента, которое наблюдается в контексте терапевтического взаимодействия, и построение гипотез относительно факторов, имеющих отношение к этому поведению, может значительно повысить интенсивность терапевтического взаимодействия. Если пациент не соглашается с комментариями или интерпретациями, попытки инсайта могут не только провалиться, но и обусловить дальнейшие проблемы. Инсайт, особенно ориентированный на текущее поведение, следует использовать очень осторожно.

Содержание и способ интерпретации в ДПТ определяется тремя правилами, которые в каком-то смысле близки упомянутым выше принципам, определяющим объект интерпретации. *Первое правило* состоит в том, что интерпретация должна основываться на биосоциальной теории, описанной в главе 2, а также на посыл-

ках ДПТ относительно пациентов, представленных в главе 4. Одна из основных функций любой клинической теории или комплекса посылок состоит в том, чтобы направлять конструирование гипотетических интерпретаций поведения пациента. Терапевт должен сосредоточить свои комментарии на правилах, которые определяют поведение пациента, а также на закономерностях функциональной связи поведения и непосредственных поведенческих антецедентов и консеквентов, на общих для всех людей психологических процессах, биологических влияниях, а также на ситуативных событиях или контекстах. Для построения инсайтов применяются описанные выше принципы формулирования гипотез относительно поведения, использующиеся при анализе.

Второе правило состоит в том, что при построении инсайтов терапевт должен стараться использовать лексику, не несущую отрицательного смысла. При прочих равных условиях следует отдавать предпочтение инсайтам с положительным значением. Подобным образом более предпочтительны инсайты, которые соответствуют опыту пациента. Исключением будет целенаправленное использование стратегий негативной коммуникации для достижения изменений (подробнее об этом — в главе 12). Подобный подход может требовать исключительно шокирующих и отрицательных интерпретаций. (Например, терапевт может говорить: "Вы снова пытаетесь делать все так, чтобы помешать терапии и довести меня до белого каления?", обращаясь к пациентке, которая — наверное, в миллионный раз — демонстрирует чрезвычайно интенсивное поведение, препятствующее терапии.)

Третье правило гласит, что интерпретации должны устанавливать связи между нынешним поведением пациента и текущими событиями. Пациенты с ПРЛ нередко отчаянно стремятся понять, как они дошли до такого тяжелого состояния; они часто хотят обсуждать события раннего детства и выяснить роль раннего научения в развитии своих проблем. Терапевт не должен совсем отказываться об обсуждения таких тем, поскольку их цель вполне оправданна. Однако следует подчеркнуть, что факторы, способствующие возникновению определенных форм поведения, не всегда дают информацию о факторах, ответственных за поддержание этого поведения. Кроме того, такой анализ не обязательно указывает пути изменения поведения. (Даже наоборот, пациент может сказать: "Как же я могу измениться, прожив такую жизнь?") Душевное спокойствие, которое некоторые пациенты обретают после подобного анализа, стоит затраченного на него времени (при условии умелого проведения); однако такой анализ не может заменить понимания поведения индивида в нынешнем контексте.

Время интерпретации

Существуют принципы того, когда и какие именно интерпретации следует предлагать пациенту. Эти принципы универсальны и применимы ко всем пациентам. Особенно важны три следующих момента. Во-первых, определять то, когда и сколько интерпретировать, нужно эмпирически и индивидуально для каждого пациента. Терапевт должен наблюдать влияние инсайта на пациента и соответственно изменять свое поведение. Во-вторых, диалектико-поведенческий терапевт обычно не воспринимает пациентов как слишком хрупких и слабых для того, чтобы принять правдивую интерпретацию своего поведения. В-третьих, принципы форми-

рования, или шейпинга, определяют выбор того, какие виды поведения следует отложить на потом в пользу других видов поведения, требующих немедленного внимания (подробнее об этом — в главе 10).

Ниже описываются четыре стратегии инсайта.

1. АКТУАЛИЗАЦИЯ

При актуализации терапевт предлагает пациенту обратную связь относительно некоторых аспектов его поведения для отражения, подчеркивания или выведения на первый план определенных поведенческих паттернов. Часто актуализация довольно скоротечна и может ограничиваться кратким комментарием (например, "Очень интересно"), обсуждение темы может откладываться. Актуализация часто облекается в форму вопроса ("Вы заметили, что сегодня вы уже в третий раз меняете тему?").

Актуализация негативного поведения обычно истолковывается пациентом как критика, поэтому терапевту следует быть очень осторожным, чтобы не использовать эту стратегию как прикрытие своей враждебности или критичности по отношению к пациенту. Пациенты с ПРЛ чрезвычайно чувствительны к этому. Обычно очень полезно уравновешивать актуализацию сильных сторон пациента обращением к проблемным реакциям.

2. НАБЛЮДЕНИЕ И ОПИСАНИЕ ПОВТОРЯЮЩИХСЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ

Важная составляющая терапии — конструирование значения жизненных событий посредством наблюдения повторяющихся, устойчивых закономерностей и отношений. При обсуждении жизни пациента и наблюдении его поведения в контексте терапевтических отношений клиницист должен отслеживать повторяющиеся связи между различными видами поведения пациента либо связи между поведением пациента и средовыми событиями. Особенно внимательным терапевт должен быть к тем отношениям, которые проливают свет на причинно-следственные связи. Поэтому, как и при поведенческом анализе, акцент делается на обнаружении событий, вызывающих либо поддерживающих поведение. Иногда лучше всего сначала спросить пациента, замечает ли он какие-либо интересные поведенческие закономерности. Или же терапевт может использовать опосредованный подход, обобщая сказанное пациентом либо последовательность событий таким образом, чтобы подчеркнуть замеченную закономерность. В других случаях терапевту лучше прямо сообщить о своих наблюдениях и обсудить их обоснованность с пациентом.

3. КОММЕНТИРОВАНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ В ПОВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА

Как уже упоминалось, ДПТ предполагает, что люди (в том числе пациенты с ПРЛ) обычно не осознают переменных, контролирующих их собственное поведение либо воздействующих на него. Хотя некоторые правила, определяющие поведение человека, могут быть явными, бóльшую часть времени поведение контролируется скрытыми правилами и допущениями. События, регулярно вызывающие опреде-

ленные поведенческие паттерны, так же как и события, которые функционируют как факторы поведенческого подкрепления, зачастую не осознаются. ДПТ не предполагает, что подобная неосознанность непременно будет результатом вытеснения (т.е., по сути, она не мотивирована). Наоборот, предполагается, что большинству людей большую часть времени трудно адекватно выявлять факторы, контролирующие их поведение. Как правило, это и не нужно.

Обычно выявление причинно-следственных связей в поведении основано на правилах или отношениях "если... то...", которые могут не осознаваться пациентом. Комментируя, терапевт говорит: "Если ваша реакция *X*, тогда наступает *Y*". (И наоборот, при наблюдении и описании закономерностей терапевт замечает: "Как любопытно: *X* и *Y* всегда взаимосвязаны".) Например, если пациент говорит, что ему хочется ударить терапевта, адекватный комментарий состоит в том, что пациент испытывает гнев по отношению к терапевту или чувствует себя в угрожающем положении. Если пациент избегает ситуации, он может быть испуган или, возможно, считает ситуацию безнадежной. Решение возобновить учебу, например, может подразумевать, что у пациента есть уверенность в своих силах. Терапевту следует быть крайне осторожным в выводах о сознательном стремлении пациента к определенным последствиям поведения, особенно если эти последствия болезненны или социально неприемлемы. При этом важно помнить о концепциях и посылках, описанных в главах 2 и 4.

4. ОЦЕНКА ТРУДНОСТЕЙ ПРИНЯТИЯ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЯ ГИПОТЕЗ

Пациент может не распознать повторяющиеся закономерности или причинно-следственные связи своего поведения. В некоторых случаях пациент узнает закономерности или причинно-следственные связи, но ему трудно признать это перед терапевтом либо принять реальность этих закономерностей или причинно-следственных связей. Каждая из этих альтернатив должна анализироваться совместно с пациентом, если пациент и специалист расходятся во мнениях относительно их наличия. В то же время терапевт должен отслеживать собственные предубеждения и трудности отказа от "инсайтов". Вполне возможно, что предложенный инсайт неадекватен. При обсуждении этих моментов очень важно, чтобы терапевт уважал точку зрения пациента; более того, терапевт должен давать пациенту понять (как прямо, так и опосредованно), что пациент и клиницист вовлечены в совместную деятельность, предполагающую сотрудничество сторон. Таким образом, подход к расхождению во мнениях не должен быть оценочным, а возможные трудности пациента при распознавании закономерностей и причинно-следственных связей в своем поведении должны обсуждаться в объективной и доброжелательной манере.

Пациент часто предлагает собственные инсайты и интерпретации как поведения терапевта, так и паттернов своего взаимодействия с ним (или же, если речь идет о групповой терапии, терапевта с другими пациентами). Терапевту следует быть открытым к признанию таких паттернов и подтверждению инсайтов пациента, если это уместно. Такое обоснование должно предшествовать попыткам выявления проекций пациента, враждебного отношения, недостаточных навыков в построении инсайтов или скрытых мотивов для смещения направленности обсуждения на поведение специалиста. Особенно в тех случаях, когда паттерн представляет собой

далеко не образцовое поведение терапевта, специалист имеет прекрасную возможность подкрепить обоснованные наблюдения и смоделировать невраждебный, неоценочный самоанализ. Эта тема подробнее обсуждается в главах 12 и 15.

ДИДАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Суть дидактических стратегий состоит в передаче информации о факторах, воздействующих на поведение в целом, а также о психологических, биологических и социологических теориях, которые могут пролить свет на определенные поведенческие паттерны. Пациенту (а иногда также родственникам пациента и лицам, с которыми он общается) предоставляют информацию о пограничном поведении (включая парасуицидальное поведение) и ПРЛ, эмпирических данных о различных терапевтических стратегиях, а также теоретических взглядах. Содержание этой информации подробнее рассматривается в главе 14. Дидактические стратегии кратко представлены в табл. 9.3.

Таблица 9.3. Дидактические стратегии

Предоставление пациенту ИНФОРМАЦИИ о развитии, сохранении и изменении поведения в целом:

- терапевт сообщает эмпирические результаты исследований;
- терапевт объясняет теорию, согласно которой поведение является результатом научения, и другие современные концепции поведения;
- терапевт рассматривает психобиологию поведения;
- терапевт рассматривает взаимосвязи и функции поведенческих паттернов;
- терапевт опровергает объяснение, согласно которому текущее поведение пациента является результатом чувства вины, аморальности или "психического заболевания";
- терапевт предлагает альтернативные объяснения поведения на основе эмпирических данных;
- терапевт предлагает пациенту концепцию "проблемного соответствия".

Интерпретация парасуицидального и импульсивного поведения (например, злоупотребление алкоголем или наркотиками, неправильное или жестокое обращение с детьми, поведение избегания) как способа решения проблем:

- терапевт рассматривает отношение поведения к дефициту навыков решения проблем;
- терапевт рассматривает отношение поведения к функциональным результатам.

Передача пациенту ПЕЧАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ, касающихся поведения, терапевтических методов, концепций ДПТ.

Предоставление, в случае необходимости, информации членам СЕМЬИ пациента.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт перегружает пациента информацией;
- терапевт настаивает на единственной версии действительности.

Основополагающая дидактическая стратегия — непосредственное изложение принципов научения и развития; биологических последствий различных поведенческих паттернов (в том числе приема наркотиков); а также основных эмоциональных, когнитивных и поведенческих процессов. Обычно дидактическая информация связана с эффективными методами поведенческого изменения и самоконтроля, имеющими отношение к проблемам пациента. Однако зачастую она также полезна для понимания поведения других людей по отношению к пациенту. Эта дидактическая стратегия применяется для того, чтобы помочь пациенту в ходе поведенческого анализа сосре-

доточиться на информации, имеющей к нему отношение, выработать способы разрешения определенных проблем, сделать выбор и принять соответствующие обязательства относительно конкретных терапевтических целей. Дидактическая информация предназначена для противодействия излишне моралистическим, суеверным или нереалистичным взглядам на поведение и изменение. ДПТ предполагает, что пациенты с ПРЛ часто испытывают огромный дефицит таких знаний; пациенты зачастую располагают неадекватной информацией о факторах, которые обычно оказывают влияние на поведение, а также о нормативных реакциях на ситуации, в которых они оказываются. Этот дефицит может объясняться разными причинами, включая ущербное или неправильное обучение и научение, характерные для инвалидирующей среды.

1. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Как уже упоминалось, пограничные и суицидальные индивиды очень часто связывают свои проблемы с неподдающимися контролю отрицательными личными качествами; в связи с этим пациенты часто считают, что они "сходят с ума", "теряют контроль" или что они "ужасные люди". Зачастую пациент способен дать только два объяснения собственного поведения и качества жизни: он либо не в своем уме, либо слишком порочен ("сумасшедший или испорченный"). Часто весьма полезно альтернативное объяснение: поведение пациента можно считать результатом истории проблемного научения или обычных психологических процессов. Таким образом, следует применять, когда это возможно, объяснение на основе фактора научения либо других современных эмпирически обоснованных психологических теорий; при этом терапевту следует пресекать попытки пациента объяснить свое поведение "душевной болезнью" или "греховностью".

Акцент на психологическом объяснении ни в коем случае не исключает биологические или генетические объяснения поведения, если они уместны. Например, вполне оправданно объяснять чрезмерную лабильность пациента с ПРЛ отчасти биологическими факторами и генетической предрасположенностью. Искаженное восприятие, когнитивная необъективность (особенно памяти), а также негибкое мышление могут объясняться как вполне обычные и характерные последствия сильного эмоционального возбуждения. Проблемы концентрации внимания могут приписываться депрессии, которая в свою очередь может быть вызвана физиологическими или генетическими факторами. Другие проблемы могут иметь биохимическую природу (например, апатия и недостаток мотивации могут быть результатом недостаточного питания или переедания, употребления алкоголя и наркотиков, и т.д.). Терапевт всегда должен придерживаться золотой середины между указанием пациенту на то, что проблемы могут объясняться историей неправильного научения, и предположением, что эти проблемы вызваны более устойчивыми характеристиками пациента. Здесь решающее значение имеет диалектическое равновесие изменения и принятия, и терапевт должен постараться синтезировать две упомянутые точки зрения, а не придерживаться какой-либо из них как абсолютной истины.

2. ПЕЧАТНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Некоторые пациенты хотят изучать печатные материалы, содержащие информацию об их проблемах. Пациентам можно дать прочесть эту книгу, "Руководство по тре-

нингу навыков при терапии пограничного расстройства личности"; статьи и научные работы по проблеме ПРЛ и другим диагностическим критериям, с которыми сталкиваются пациенты; материалы исследований по результатам психологического и фармакологического лечения; учебники и статьи по общей психологии, социальной психологии, поведенческой терапии и материалы о других школах и методах, которыми пользуется терапевт; книги по самопомощи, содержащие адекватную и полезную информацию по тем темам, которые, с точки зрения терапевта, пациенту нужно осмыслить глубже (например, принципы научения, сексуальное насилие и его последствия для жертв); и т.п. Обычно я стараюсь передать пациентам все, что знаю сама. Поэтому я могу давать пациентам все книги, которые сама читаю. Большинство пациентов не хотят читать длинные или сухие академические трактаты, но с готовностью изучают короткие статьи или отдельные главы. К сожалению, большая часть популярной литературы по ПРЛ основана на таком понимании этого расстройства, которое отличается от концепции ДПТ. В частности, многие источники несут идею о том, что расстроенное поведение индивида вызвано "психическим заболеванием", которое следует вылечить, чтобы можно было добиться каких-либо изменений. ДПТ не поддерживает концепцию психического заболевания как основы ПРЛ; а если бы даже и поддерживала, то изменения рассматривались бы как возможность излечения психического заболевания, а не наоборот.

3. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ПАЦИЕНТА

Члены семьи и родственники пограничных и суицидальных индивидов часто считают этих индивидов виновными в их собственных проблемах. Это обвинение обычно основано на неверной информации о поведении вообще и ПРЛ в частности и коренится в безуспешных попытках членов семьи понять пациента и помочь ему. Как бы там ни было, неспособность членов семьи выработать такое понимание поведения пациента, которое было бы основано на сочувствии и положительном отношении, может быть очень болезненной как для пациента, так и для его родных. Многие виды неадаптивного поведения пациента представляют собой дисфункциональные попытки изменить отрицательное и осуждающее отношение к нему со стороны близких людей. Одна из самых важных задач семейной терапии — предоставить членам семьи дидактическую информацию о возникновении и поддержании ПРЛ и пограничного поведения. Родным пациента предоставляется та же информация, что и пациенту (подробнее об этом можно узнать из главы 14). Конечно же, терапевт должен помнить о том, что при изменении мнения родственников нужно обоснованно применять стратегии валидации.

СТРАТЕГИИ АНАЛИЗА РЕШЕНИЙ

ДПТ и поведенческая терапия предполагают, что проведения поведенческого анализа и понимания происхождения, закономерностей и поддержания проблем пациента недостаточно для того, чтобы добиться устойчивых поведенческих изменений. После обретения такого понимания терапевт и пациент должны предпринять активную попытку выработать паттерны адаптивного поведения, которые могут заменить неадаптивное поведение, а также разработать план реализации изменений.

Негативные жизненные ситуации, представленные пациентом, рассматриваются терапевтом как проблемы, которые могут решаться, даже если это решение подразумевает новый способ адаптации к условиям жизни (т.е. принятие проблем, а не их решение и изменение). При анализе терапевт активно моделирует разрешение проблем и в ходе терапии инициирует и подкрепляет выработку и использование пациентом активных методов решения проблем. Обсуждаемые ниже стратегии могут использоваться в любой последовательности и в любых комбинациях в зависимости от конкретной ситуации. Стратегии анализа решений кратко представлены в табл. 9.4.

Таблица 9.4. Стратегии анализа решений

Помощь пациенту в ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕЛЕЙ И ПОТРЕБНОСТЕЙ:

- терапевт помогает пациенту переопределить желание совершить парасуицидальное или суицидальное действие как стремление утолить боль и улучшить качество жизни;
- терапевт помогает пациенту переопределить недостаточное желание меняться или неспособность ставить цели как выражение безнадежности и бессилия.

ВЫРАБОТКА РЕШЕНИЙ терапевтом и пациентом:

- терапевт побуждает пациента к выработке как можно большего количества решений с помощью "мозгового штурма";
- терапевт помогает пациенту выработать конкретные стратегии совладания и особые практики для предотвращения импульсивного, негативного поведения.

Помощь пациенту в ОЦЕНКЕ выработанных решений:

- терапевт сосредоточивается на последствиях применения различных стратегий, кратко- и долгосрочных;
- терапевт в случае необходимости прибегает к прямой конфронтации с пациентом относительно возможных отрицательных результатов его поведенческих решений;
- терапевт и пациент обсуждают критерии решения проблем;
- терапевт помогает пациенту выявлять факторы, которые могут помешать решению проблем.

Помощь пациенту в ВЫБОРЕ решения для практического внедрения:

- терапевт в случае необходимости дает советы или хотя бы высказывает свое мнение;
- терапевт по мере необходимости применяет те или иные процедуры ДПТ:
  - — стратегии управления;
  - — стратегии тренинга навыков;
  - — стратегии терапевтической экспозиции;
  - — стратегии когнитивной модификации;
  - — причинно-следственные стратегии.

Обсуждение с пациентом возможных неудач при попытке решения проблем (АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРЕПЯТСТВИЙ).

Уровни анализа

На первом уровне решения проблем, в начале терапии, клиницист и пациент должны выяснить совместимость своих целей. Цель ДПТ — ослабить роль пограничного и суицидального поведения (как методов совладания с проблемами) путем сотрудничества с пациентом для построения качественной жизни. Если это не соответствует целям пациента, решение проблем невозможно. На втором уровне решения проблем терапевт выясняет, хочет ли пациент улучшить другие виды поведения, которым уделяется внимание в ДПТ. Помимо ослабления парасуицидального и препятствующего терапии поведения, все другие цели зависят от пациента.

Исключением будет ситуация, когда определенная цель, по мнению терапевта, необходима для дальнейшего терапевтического прогресса. На третьем уровне решения проблем диапазон расширяется, хотя направленность должна по-прежнему сохраняться на рассматриваемую проблемную ситуацию. На этом уровне суть анализа можно передать следующим вопросом: "Что нужно изменить, чтобы проблема разрешилась или положение улучшилось?" Также для терапевта на третьем уровне очень важно удостовериться, что пациент не хочет работать над разрешением данной проблемы. Иногда пациент (как и любой другой человек) просто хочет поделиться с кем-нибудь своей проблемой; хочет добиться от слушателя понимания и сочувствия, но не более. В таких ситуациях настойчивое побуждение к "решению" проблемы может оказать обратный эффект. В других случаях, когда желание ограничиться формулированием проблемы выступает характерной формой избегания проблем, терапевту необходимо сначала прибегнуть к стратегиям обязательств (которые будут обсуждаться позже), чтобы обеспечить хотя бы предварительное согласие пациента работать над проблемой.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ, ПОТРЕБНОСТЕЙ И ЖЕЛАНИЙ

Что мешает пациенту понять, чего он хочет

Суицидальные индивиды часто полагают, что их цель — умереть или что они действительно хотят резать себе вены, причинять себе увечья либо проявлять другие формы импульсивного поведения. По сути, такой индивид считает самодеструктивное поведение способом решения своих проблем. Первая задача терапевта — указать пациенту на то, что вряд ли он действительно *хочет* совершать суицидальные действия; скорее, он хочет решить проблему, с которой столкнулся, лучше себя чувствовать и повысить качество жизни. Такое утверждение должно сопровождаться комментарием, что существуют и другие способы достижения этих целей. Пациент может продолжать настаивать на том, что он действительно хочет покончить с собой или нанести себе увечья. Терапевту может показаться, что пациент хочет получить у него разрешение на самодеструктивное поведение. На самом деле пациент может добиваться от терапевта признания того, насколько тяжело ему приходится. Полезная техника в этом случае — признание страданий пациента и последующее возвращение к альтернативным решениям проблемы. Иногда этот цикл может повторяться десять–двадцать раз за один сеанс. В других случаях (даже в рамках того же психотерапевтического сеанса) пациент будет утверждать, что ничего не хочет менять и что все в полном порядке. Такие утверждения, как правило, объясняются чувством безнадежности и недостаточным контролем.

Основополагающая диалектическая напряженность при определении целей заключается в том, что пациент едва ли может понять, чего он хочет, если он не может выбрать и получить желаемое. Зачастую просто бесполезно вдаваться в долгое обсуждение того, чего хочет пациент в определенной ситуации. Время терапии лучше использовать таким образом, чтобы сначала повысить способность пациента достигать определенных целей. Например, одна из моих пациенток с ПРЛ не могла определить, чего она хочет от своих коллег и хочет ли она получить повышение по службе, сохранить нынешнюю должность или, наоборот, уволиться. После нескольких длительных дискуссий мне стало ясно, что чрезвычайный дефицит уве-

ленного поведения мешал ей постоять за себя на работе, добиваться повышения или искать другое место работы. Когда я предложила поработать над повышением уверенности в себе, над разрешением конфликтов, пациентка ответила, что не может, потому что никогда не знала, чего хочет добиться в конфликтных ситуациях. Моя стратегия заключалась в том, чтобы научить пациентку отстаивать свои взгляды и просить о желаемом. Я рассуждала следующим образом: если пациентка научится просить, она сможет выбрать, *о чем* просить, позже. К тому времени, когда уверенность пациентки в себе повысилась, необходимость в обсуждении целей и желаний отпала. Пациентка знала, чего хочет.

Иногда, особенно при разработке новых способов реагирования на кризисные ситуации, терапевт должен предлагать возможные цели и средства, с помощью которых пациент сможет их достигнуть. Если необходимо, терапевт должен снова и снова пытаться вовлечь пациента в обсуждение этих целей, стараясь при этом сосредоточиваться на краткосрочных, реалистичных целях, а не на долгосрочных и очевидно труднодостижимых. Может быть полезно совместно с пациентом разработать перечень возможных целей для определенной проблемы, а затем расположить их в порядке убывания — от наиболее до наименее желательных.

Наконец, серьезным препятствием для выявления целей, потребностей и желаний выступает последовательная тенденция суицидальных и пограничных индивидов верить, что они не заслуживают счастья, достойной жизни, любви и т.п. Это убеждение в собственной никчемности нуждается в постоянном противостоянии со стороны терапевта. Техники и стратегии, предназначенные для изменения таких дисфункциональных убеждений, подробно описываются в главе 11.

2. ВЫРАБОТКА РЕШЕНИЙ

Уровни решений

Как я уже упоминала, на начальном этапе терапии возможным решением проблем пациента будет прохождение ДПТ. Следует рассматривать и другие возможные стратегии решения — в частности, комбинацию ДПТ и фармакотерапии или другой поддерживающей терапии. На втором уровне решением может быть специфическая процедура (или несколько процедур) решения проблем, используемая в ДПТ. Как только тот или иной поведенческий паттерн определяется как адекватное решение, могут возникнуть новые проблемы, требующие приоритетного внимания, т.е. пациент может быть неспособен использовать данное решение в своем нынешнем состоянии. На третьем уровне клиницист и пациент вырабатывают решения определенных проблем по мере их возникновения или могут находить новые, более действенные способы решения старых проблем. Когда решение выработано и отобрано, пациент может быть в состоянии его реализовать — или, по крайней мере, может попытаться это сделать. В индивидуальной ДПТ два последних подхода обычно применяются совместно.

Ежедневная выработка решений

В ходе поведенческого анализа терапевт выявляет возможные альтернативные реакции, которые мог бы применить пациент для решения данной проблемы. Проведение цепного анализа сродни составлению маршрута продвижения пациен-

та от одного пункта к другому. Однако подобно тому, как на всякой карте отмечены и другие дороги, цепной анализ выявляет такие альтернативы, которые могли бы использоваться пациентом. Но на эти альтернативные "пути", т.е. решения, нужно обращать внимание пациента при проведении анализа. Однако на данном этапе нежелательно заниматься подробным обсуждением всех возможных решений на каждом участке цепи. Такое обсуждение часто отвлекает внимание как терапевта, так и пациента от воссоздания всей цепочки. Иногда анализ решений ограничивается указанием возможных альтернатив.

В других случаях проводится более полный анализ решений. Такой анализ может иметь место при телефонной консультации во время кризиса, когда пациент пытается найти более адаптивный способ решения проблемы. Или же анализ может проводиться во время психотерапевтического сеанса, посвященного выработке решений текущей кризисной ситуации. В определенном смысле бо́льшая часть терапии может рассматриваться как попытка выработки и применения новых решений хронических проблем пациента. Первоочередная задача в таких случаях — применить метод "мозгового штурма", чтобы выработать различные решения проблемы. Терапевт должен спросить пациента, может ли тот предложить какие-либо другие пути разрешения своей проблемы. Очень важно получить как можно больше альтернативных решений. Пациенты склонны сразу же отвергать многие решения, поэтому потребуется много увещеваний, чтобы пациент не оценивал решения, а просто предлагал новые альтернативы. Терапевт должен обучать и моделировать диалектический принцип "перехода количества в качество", который лежит в основе техники "мозгового штурма".

Если пациент вырабатывает какое-то количество решений, одно или несколько из которых кажутся эффективными, то терапевту не нужно предлагать собственные варианты решений. Однако в начале терапии это вряд ли возможно. На этом этапе "воспринимаемая компетентность" не должна вводить терапевта в заблуждение. Не следует думать, что пациент действительно может решить свою проблему, но недостаточно мотивирован или слишком ленив для того, чтобы искать подходящее решение. Такое мнение очень редко соответствует истине. Конечная цель, стоящая перед пациентом в данном случае, — вырабатывать, запоминать и внедрять новое поведение независимо от терапевта. Поэтому побуждение пациента должно быть "растянутым" во времени, с усиливающимся акцентом на выработку пациентом конкретных поведенческих планов решения тех или иных проблем.

Поскольку суицидальные и пограничные пациенты обычно склонны к жесткому, дихотомическому мышлению, пациент часто предлагает один-единственный вариант решения проблемы. Если это адаптивное решение (или, по крайней мере, более удачное, чем обычно), терапевт, конечно же, должен подкрепить усилия пациента. Однако очень часто предлагается неадекватное, неадаптивное и не самое лучшее из возможных решений (по крайней мере, по мнению пациента). Нужно находить новые решения.

Часто пациент не способен выработать эффективный план действий или не может предложить действенных альтернатив, потому что связан эмоциональным сдерживанием либо ошибочными представлениями и ожиданиями относительно воспринимаемых последствий этих альтернатив. В таких случаях терапевту полезно предлагать различные планы действий для решения проблемы. Кроме того, пациенту может по-

требоваться помощь в разработке конкретных стратегий совладания с самодеструктивным поведением, которое препятствует внедрению разработанных решений.

3. ОЦЕНКА ВЫРАБОТАННЫХ РЕШЕНИЙ

Решения нужно оценивать как с точки зрения их потенциальной эффективности, так и возможных препятствий для их реализации.

Анализ потенциальной эффективности решений

Терапевт должен тщательно оценить ожидания пациента относительно полезности результатов (как краткосрочной, так и долгосрочной), относящиеся к определенным решениям. При обсуждении этой темы терапевт может помочь пациенту оценить реалистичность его ожиданий. Терапевт не должен автоматически предполагать, что отрицательные ожидания пациента нереалистичны. Жизнедеятельность пациента действительно может проходить в ситуации отрицательно подкрепляющего окружения с большим потенциалом отрицательных результатов. Если пациент сообщает об отрицательных результатах, для терапевта может быть предпочтительнее реагировать на них вопросом о возможных способах преодоления или смягчения этих ожидаемых результатов.

В других случаях терапевт может почувствовать, что пациент находится под воздействием синдрома "Да, но...": любое решение, предлагаемое терапевтом, после обсуждения оценивается пациентом как неадекватное. В этих случаях терапевт должен объяснить пациенту свое ощущение происходящего и спросить, какой выход из создавшегося тупика он сам может предложить. Полезно обсудить ожидания пациента относительно терапевтического процесса. Опять-таки, очень важно признать возможную фрустрацию и отчаяние пациента, вместо того чтобы обвинять его (прямо или косвенно) в саботаже терапии.

Анализ возможных препятствий для эффективных решений

Определенное решение может оказаться вполне действенным, если реализовать его на практике, однако по той или иной причине пациент может быть не в состоянии использовать найденное решение в повседневной жизни. Поэтому важной составляющей решения проблем выступает тщательный анализ факторов, способных помешать их внедрению.

Анализ возможных препятствий в ДПТ основан на моделях поведенческого дефицита и сдерживания реакций, которые я предложила ранее для анализа неудач в уверенном поведении (*Linehan, 1979*). Модель поведенческого дефицита предполагает, что неспособность применять в случае необходимости эффективное поведение — результат дефицита или недостаточности поведения, т.е. уместное, эффективное поведение (действия и знание того, когда и как их применять) отсутствует в поведенческом репертуаре пациента. Модель сдерживания реакций предполагает, что пациент обладает необходимым поведением, но его применение сдерживается. Существуют две гипотезы относительно причин сдерживания. Первая гипотеза объясняет сдерживание подкреплением негативных аффективных реакций. Согласно второй гипотезе, сдерживание возникает из-за неадаптивных представлений, утверждений и ожиданий. Разновидность модели сдерживания реакций

предполагает, что индивид обладает требуемым поведением, но функционированию этого поведения что-то мешает. Опять-таки, есть два возможных источника этих помех. Во-первых, реакция может блокироваться "выбросом" несовместимого поведения. Неуместное, несовместимое поведение может занимать более высокое положение в иерархии реакций индивида, чем адекватные, эффективные реакции. Во-вторых, в стрессовых ситуациях, формирующихся в данном окружении, может отдаваться предпочтение неэффективному поведению. Эффективное поведение может наказываться, а неэффективное — вознаграждаться.

При анализе решений в определенной проблемной ситуации терапевт должен оценить переменные, влияющие на поведение пациента в определенной сфере, а не слепо следовать заранее сформулированной концепции. Как только терапевт и пациент выясняют, что мешает использованию эффективного поведения в качестве средства решения проблем, они вместе могут разработать план дальнейших действий. Если имеется поведенческий дефицит, показан тренинг поведенческих навыков. Сдерживание, возникающее вследствие обусловленных страхов или чувства вины, обычно говорит о необходимости применения экспозиционных техник. Ошибочные представления можно корректировать с помощью формальных процедур когнитивной модификации. Стрессовые ситуации в окружении обусловливают применение процедур причинно-следственного управления. Эти процедуры подробно описаны в главах 10 и 11.

4. ВЫБОР РЕШЕНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВНЕДРЕНИЯ

Выработка, оценка и обсуждение потенциальных решений проблем — средства достижения цели, но не самоцель, хотя пациенты зачастую предпочитают воспринимать их именно так. Цель — применить решение, которое с определенной степенью вероятности сработает или улучшит ситуацию. Поэтому при оценке решений терапевт должен направлять пациента таким образом, чтобы выбиралось решение, которое впоследствии будет применяться на практике. Хотя существует много способов систематизации критериев такого рода выбора, терапевт должен отдавать предпочтение долговременному эффекту, а не краткосрочному; уделять особое внимание соответствию различных решений желаниям или целям пациента (объективная эффективность), а также роли этих решений в повышении или поддержании самоуважения пациента (эффективность самоуважения). (Более полное описание этих типов эффективности можно найти в "Руководстве по тренингу навыков...".) Совместная работа над выполнением этих задач — важное средство, повышающее способность пациента сделать выбор на основании адекватных критериев суждения.

Если решение подразумевает практическое применение специфических процедур ДПТ, роль терапевта, который помогает пациенту сделать выбор, значительно возрастает. Например, когда тренинг навыков, терапевтическая экспозиция или когнитивная модификация выбирается как средство решения проблемы, крайне важно согласие между пациентом и терапевтом, потому что упомянутые процедуры требуют тесного сотрудничества. И наоборот, причинно-следственное управление может применяться в одностороннем порядке — терапевтом или пациентом (посредством подкрепления или наказания определенных видов поведения терапевта). Однако главное для терапевта в этой ситуации — сохранять гибкость и помнить о том, что "все дороги ведут в Рим".

5. ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ НЕДОСТАТКОВ РЕШЕНИЯ

При поиске возможных дефектов решения терапевт и пациент обсуждают все потенциальные неудачи применения и действия пациента по их преодолению. Задача данного этапа — подготовить пациента к трудностям и заранее продумать способы решения возможных проблем. При этом в начале терапии и в кризисных ситуациях терапевт должен проявлять значительную активность. Поиск возможных недостатков часто сочетается с отработкой новых решений, которые обсуждаются ниже, вместе со стратегиями ориентирования. Самое главное в таком поиске — не пренебрегать им.

СТРАТЕГИИ ОРИЕНТИРОВАНИЯ

Стратегии ориентирования и стратегии обязательств всегда взаимосвязаны и разделяются только для удобства объяснения. Ориентирование включает предоставление пациенту информации о процессе и требованиях ДПТ в целом (на первом уровне, когда вся ДПТ рассматривается как метод решения проблем); о терапевтической процедуре, которая будет применена (например, тренинг поведенческих навыков для обеспечения альтернатив суицидальному поведению); или о том, что необходимо для применения определенного решения, выбранного в ходе анализа решений относительно той или иной проблемной ситуации. Специфика ориентирования пациента на терапию в целом объясняется в главе 14. Однако перед каждым новым случаем научения требуется подобная ориентация или введение в задачу, представленные пациенту целенаправленно и непосредственно, чтобы дать ему точную информацию о том, чему он должен научиться, а также разъяснить концептуальную модель, в контексте которой будет происходить научение.

Многие воспринимаемые неудачи научения коренятся в неспособности пациента понять, чему он должен научиться, а не в недостатках памяти. Понимание задачи улучшается, если предварительно разъясняются соответствующие требования; адекватное научение может достигаться только в том случае, если пациент точно знает, чему должен научиться. Другие неудачи при обучении навыкам могут обусловливаться неадекватным объяснением концептуальной модели или принципов, на которых основана процедура. Важность концептуального обоснования терапии для достижения терапевтического эффекта была продемонстрирована Г. Розеном (*Rosen, 1974*) и некоторыми другими авторами.

Переориентирование, которое в ходе терапии должно проводиться регулярно, будет первым шагом в возобновлении обязательств по отношению к терапии, определенным терапевтическим процедурам и внедрению предварительно выбранных поведенческих решений. Основная идея заключается в том, что прогресс будет более ровным и быстрым, если пациент располагает как можно более полной информацией об условиях изменения, концептуальном обосновании выбранных терапевтических стратегий и взаимосвязи терапевтического процесса и его результатов. Стратегии ориентирования кратко представлены в табл. 9.5 и описаны в следующих разделах.

Таблица 9.5. Стратегии ориентирования

Ориентирование пациента на ДПТ и его собственную роль в терапии (ВВЕДЕНИЕ В РОЛЬ):

- терапевт ориентирует пациента на ДПТ в целом;
- терапевт ориентирует пациента на конкретную терапевтическую задачу:
  — клиницист обсуждает цели того или иного терапевтического вмешательства и их отношение к общим результатам, которых добивается пациент;
  — терапевт разъясняет пациенту роль этих целей в данном вмешательстве.

ВЫРАБОТКА с пациентом действий, которые он должен предпринять в ответ на проблему:

- терапевт выражает сочувствие пациенту по поводу трудностей, сопряженных с выполнением их терапевтических задач;
- терапевт объясняет, что не он устанавливает законы научения/изменения и что (иногда) они нравятся терапевту не больше, чем пациенту.

1. ВВЕДЕНИЕ В РОЛЬ

Введение в роль подразумевает реалистичное разъяснение пациенту того, что он может ожидать от терапии, терапевтических процедур и терапевта. При этом акцент делается на пояснении того, чем фактически занимаются пациент и клиницист в ходе терапии в целом и при использовании определенных процедур в частности; что может ожидать от пациента терапевт и чего может ожидать от терапевта пациент. При обсуждении определенного терапевтического вмешательства подчеркиваются его цели и отношение к потребностям и желаниям пациента. Введение в роль имеет важное значение, поскольку отрицательные чувства по отношению к терапевту и терапевтическому процессу могут корениться в неправильной информации или недостатке информации о том, чего в действительности может ожидать пациент в ходе терапии. И наоборот, события, которые подтверждают ранее сложившиеся ожидания пациента, могут повысить воспринимаемую привлекательность терапевта и доверие к нему.

Разъяснение взаимных ожиданий должно проводиться на протяжении всего курса терапии. Терапевт должен особенно внимательно отслеживать невербализированные, нереалистичные ожидания пациента. Такие ожидания должны отражаться и обобщаться для пациента в некритическом формате, затем начинается разъяснительное обсуждение. Очень важно, чтобы терапевт продемонстрировал понимание того, как у пациента могли сложиться такие нереалистичные ожидания. Как всегда, терапевт при этом должен поддерживать равновесие между принятием и изменением.

2. ВЫРАБОТКА НОВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Терапевт помогает пациенту подготовиться к применению новых поведенческих реакций на новую или старую проблему, пациент (с помощью терапевта) должен тщательно разобраться в том, чего от него ожидают, т.е. понять, что именно он должен делать. Ничто не заменит подробного, поэтапного разбора действий, которые должен выполнить пациент, — особенно при работе с индивидом, находящимся в состоянии сильного возбуждения. Обычно этот разбор действий проводится при обсуждении и выборе решений. Можно вкратце повторить разбор перед окончанием сеанса или телефонной консультации. Некоторым пациентам нужно подробно записывать все действия, другим достаточно записать концептуальное обосновани

применения решения, с помощью которого они смогут "ободрять" себя, когда это будет необходимо. Такая когнитивная отработка сама по себе является обучением и вспомогательным средством памяти, которое сделает действия пациента в проблемной ситуации более эффективными.

Когда терапевт и пациент закончат обзор того, что пациент намерен делать, пациент может быть слишком обескуражен, чтобы перейти к конкретным действиям, если терапевт не применит достаточного объема валидации. Лично я обычно высказываю свое сочувствие пациенту по поводу того, как трудно ему придется. Затем объясняю пациенту, что не я придумала законы научения и мне они нравятся не больше, чем ему. Это своеобразное отражение стратегии "Да, но..."

СТРАТЕГИИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

Последний этап решения проблем — достижение и поддержание обязательств пациента по внедрению выбранного решения. Существует множество данных, показывающих, что принятое обязательство придерживаться определенного способа поведения — или, в более общем плане, обязательство по такому поведенческому проекту, как задача, работа или отношения — тесно взаимосвязано с качеством последующей деятельности (например, *Wang & Katzev, 1990; Hall, Havassy, & Wasserman, 1990*). Люди с большей готовностью делают то, что они согласны и хотят делать. Индивид будет стремиться к сохранению той работы и тех отношений, с которым он сильнее привязан.

Уровни обязательств

На начальных стадиях терапии обязательства, которых хотят добиться от пациента, — это участие в ДПТ и работа с данным терапевтом в течение определенного периода, а также соблюдение соглашений, описанных в главе 4. Как минимум, в начале терапии пациент должен согласиться работать над устранением суицидального поведения и улучшением качества жизни. Поведение пациента во время психотерапевтического сеанса, которое не соответствует этой степени обязательств и сотрудничества, включает отказ работать; избегание или отказ говорить о чувствах или событиях, связанных с целевым поведением; и отклонение всех попыток терапевта выработать альтернативные решения. При таком поведении пациента следует проанализировать и обсудить приверженность пациента своим обязательствам для их возобновления. Моменты проявления у пациента действительной обязательности и позиции сотрудничества (что в начале терапии случается крайне редко) требуют немедленного подкрепления со стороны терапевта.

На втором уровне необходимая степень обязательств заключается в сотрудничестве пациента по определенным терапевтическим процедурам. Если применяются процедуры тренинга поведенческих навыков, приверженность пациента своим обязательствам проявляется в работе над освоением и внедрением нового, более эффективного поведения в проблемных ситуациях. Что касается экспозиционных техник, обязательство пациента состоит во вхождении в пугающие или иные стрессовые ситуации, в переживании эмоций вместо их избегания, в обдумывании явлений или выполнении действий, которых пациент боится. При когнитивной моди-

фикации обязательство пациента подразумевает изучение и, если это необходимо, попытку изменения своих представлений, убеждений и характерных паттернов мышления, относящихся к проблемному поведению. Стратегии причинно-следственного управления отличаются от других тем, что здесь от пациента требуется несколько иной тип и уровень сотрудничества. При использовании этих стратегий терапевт применяет стрессовые ситуации, основанные на наблюдениях или отчетах о поведении пациента. Идея состоит в том, что терапевтическая экспозиция пациенту новых стрессовых ситуаций изменит его поведение. Поэтому требуемая приверженность пациента своим обязательствам заключается в том, чтобы раскрыться для стрессовых ситуаций и честно сообщать о своем поведении. Для большинства пациентов ДПТ необходимы все эти разновидности обязательств.

Третий уровень обязательств подразумевает внедрение того поведенческого решения, которое было выбрано пациентом и терапевтом при анализе решений. При этом терапевту следует добиться явного и проговоренного согласия пациента опробовать новое поведение, работать над определенной проблемой и т.п.

Обязательства и их возобновление

Мой опыт показывает, что одной из основных причин многих неудач и преждевременного прекращения терапии становится неадекватная приверженность пациента, терапевта либо их обоих своим обязательствам. Это может быть недостаточная или поверхностная приверженность обязательствам на начальных этапах терапии либо — что более вероятно — события в процессе терапии и вне ее, ставящие под сомнение необходимость следовать предварительно достигнутым обязательствам. Приверженность пациента своим обязательствам в ДПТ выступает важным условием эффективной терапии и одновременно ее целью. Таким образом, приверженность пациента своим обязательствам относительно изменения поведения или внедрения новых поведенческих решений старых проблем не есть нечто само собой разумеющееся. Сама приверженность обязательствам рассматривается в ДПТ как разновидность поведения, которому нужно обучаться, которое необходимо вырабатывать и подкреплять. Задача терапевта — найти способы для обеспечения этих возможностей.

На протяжении всей терапии клиницист может ожидать, что пациенту понадобится напоминание о его обязательствах, а также помощь в совершенствовании, расширении или коррекции поведенческих обязательств (иногда неоднократная). В некоторых случаях за один психотерапевтический сеанс (очень трудный) мне и моим пациенткам приходилось несколько раз возвращаться к исходным обязательствам, возобновляя и корректируя их. В других случаях может понадобиться целый сеанс или несколько сеансов, для того чтобы вернуться к вопросам обязательств пациента в отношении изменений, ДПТ или определенных процедур. Невыполнение обязательств — одна из возможных причин возникающих в терапии проблем, наличие которой следует выяснять (но не считать ее само собой разумеющейся). Прежде чем переходить к решению проблемы, следует вместе с пациентом вернуться к стратегии обязательств. Как только обязательства возобновляются, пациент и терапевт могут переходить к работе над проблемой.

Иногда проблема заключается в недостаточной приверженности своим обязательствам со стороны терапевта, а не пациента. Это может происходить вследствие

различных обстоятельств. Пациент может требовать от терапевта таких ресурсов, которыми тот не располагает, либо терапевт не может добиться успехов в течение длительного периода. Или же прогресс пациента может быть настолько медленным, что терапевт его просто не заметит. Иногда — уже после достижения прогресса, когда пациент внедряет изменения в свою повседневную жизнь — терапевт просто теряет к нему интерес. На начальном этапе терапии могут наблюдаться настолько сильные кризисы или конфликты ценностей, что у терапевта вырабатывается отрицательное отношение к пациенту. Обстоятельства в жизни терапевта могут измениться таким образом, что работа с данным пациентом перестает быть приоритетной задачей или теряет ценность для терапевта. Я подозреваю, что многие терапевтические проблемы связаны с недостаточной приверженностью своим обязательствам не пациентов, которых в этом обвиняют, а терапевтов. Поэтому терапевт должен проанализировать свой уровень приверженности обязательствам по отношению к пациенту и добиться нового, достаточно высокого уровня. Самая подходящая сфера для этого — консультативная группа по обсуждению клинических случаев, хотя ослабление приверженности обязательствам также может быть важным сигналом о препятствующем терапии поведении со стороны пациента.

Необходимость гибкости

Возможно, это само собой разумеется, но в терапии нельзя обойтись без гибкости и уважения терапевта к желаниям, целям и идеям пациента о том, "как добраться из пункта А в пункт Б". Поэтому терапевт должен избегать критического отношения к выбору целей и/или обязательствам пациента. Терапевт должен быть очень осторожным, чтобы не навязывать пациенту собственных целей или выбранных им терапевтических стратегий, если выбор таких целей или процедур не продиктован ДПТ или личными границами самого терапевта. Хотя очень соблазнительно представлять произвольный выбор или личные предпочтения специалиста как необходимые, такая тенденция должна устраняться или корректироваться, если она будет замечена. В этом случае лучше всего прибегнуть к помощи консультативной группы по обсуждению клинических случаев.

Чтобы добиться приверженности пациента своим обязательствам, нужно пройти несколько этапов. Часто терапевт действует подобно умелому коммивояжеру. "Товары", которые он хочет "продать" пациенту, — ДПТ, новое поведение, возобновление направленных на изменение усилий, а иногда и жизнь в целом. Необходимые для этого действия обсуждаются ниже и обобщаются в табл. 9.6. Все или большинство этих действий могут потребоваться в том случае, если выполняемая задача предполагает приложение больших усилий со стороны пациента; если усилия нужно прилагать в течение длительного периода либо вопреки противодействию или попыткам окружающих разубедить пациента в их необходимости; если пациент не верит в свою способность измениться; или если пациент очень боится того, что от него требуется. Лучший пример — принятие обязательств в отношении терапии (эта тема обсуждается в главе 14). В иных случаях может потребоваться только словесное обязательство, другие тактики не понадобятся. Терапевт нуждается в достаточной гибкости для того, чтобы менять стратегии по мере необходимости.

Таблица 9.6. Стратегии обязательств

Подчеркивание и обсуждение всех доводов "ЗА" И "ПРОТИВ" обязательств изменений:

- терапевт "продает" обязательства;
- терапевт соотносит обязательства изменений с паттернами жизни пациента, реалистическими ожиданиями будущего, терапевтическими принципами и ожидаемыми результатами.

Использование техники "АДВОКАТА ДЬЯВОЛА", чтобы укрепить обязательства пациента и создать ощущение контроля.

Использование техники "ЗА ЛАПОТЬ — КУРОЧКУ, ЗА КУРОЧКУ — ГУСЯ, ЗА ГУСЯ — ОВЕЧКУ..."* и техники торга, чтобы добиться обязательств пациента относительно целей и процедур ДПТ:

- терапевт преподносит цели несколько расплывчато и в положительном ключе, не упоминая о трудностях их достижения, чтобы добиться согласия;
- терапевт заручается обязательством пациента по достижению целей;
- терапевт переопределяет цели, описывая их более определенно и больше подчеркивая трудности;
- терапевт добивается повторных обязательств пациента по достижению целей;
- терапевт вновь переопределяет цели, делая основной упор на трудностях: достижение этих целей для пациента может быть труднее, чем что-либо другое; но достичь их вполне реально, если только пациент приложит усилия;
- терапевт добивается новых обязательств пациента по достижению целей.

Установление СВЯЗИ НОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СО СТАРЫМИ ("Но я полагал, что мы договорились..."):

- терапевт выясняет, остаются ли в силе предыдущие обязательства пациента;
- терапевт разъясняет пациенту его обязательства;
- терапевт сосредоточивается на возобновлении обязательств, если эта цель имеет важное значение для ДПТ или соблюдения личных границ терапевта;
- терапевт позволяет пациенту менять обязательства, если эти изменения не нарушают границы ДПТ или личные границы терапевта.

Предоставление пациенту ВЫБОРА, подчеркивание свободы выбора пациента и в то же время объяснение ему возможных последствий этого выбора:

- терапевт подчеркивает, что пациент может остановиться на парасуициде как методе совладания с проблемами, но в таком случае ему придется искать другую терапевтическую программу, поскольку ослабление парасуицидального поведения — одна из целей ДПТ;
- терапевт подчеркивает, что пациент может продолжать препятствующее терапии поведение, но рассказывает о своих личных границах в случае такого выбора.

Применение принципов ФОРМИРОВАНИЯ, или шейпинга, чтобы добиться обязательств от пациента.

Вселение в пациента надежды, используя стратегии НАПРАВЛЯЮЩЕГО ОБОДРЕНИЯ.

Соглашение о ДОМАШНИХ ЗАДАНИЯХ.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт критически настроен по отношению к выбору пациентом своих целей и обязательств;
- терапевт проявляет ригидность по отношению к целям или путям их достижения, когда такая ригидность не обусловлена ни требованиями ДПТ, ни личными границами терапевта;
- терапевт навязывает пациенту свои собственные цели или терапевтические процедуры, когда такие цели или процедуры не обусловлены требованиями ДПТ или личными границами терапевта, и представляет их как необходимые, а не искусственные.

* Смысловой аналог английских идиом "*Foot-in-the-door*" и "*Door-in-the-face*", заимствованных из исследований деятельности людей, занимающихся сбором пожертвований. На выбор данного термина научного редактора вдохновила русская народная сказка, где героиня выменивает найденный на дороге лапоть на курочку, потом курочку — на гуся, гуся — на овцу и т.д. — *Примеч. ред.*

1. "ПРОДАЖА" ОБЯЗАТЕЛЬСТВ: ДОВОДЫ "ЗА" И "ПРОТИВ"

Люди с большей готовностью выполняют обязательства, которые они разделяют. Поэтому, когда предложен один или несколько планов действий, терапевт должен привлечь пациента к обсуждению аргументов "за" и "против" обязательств пациента, касающихся определенного плана действий или решения. При этом выполняется двойная задача: 1) отработать решение, выбранное и оцененное при анализе решений; 2) разработать контраргументы сомнениям, которые почти неизбежно возникают позже, когда пациент остается один и без помощи терапевта. Терапевт должен постараться связать обязательства относительно изменений с жизнью пациента, реалистическими ожиданиями будущего, концептуальной основой терапии и ее ожидаемыми результатами.

2. ТЕХНИКА "АДВОКАТА ДЬЯВОЛА"

Зачастую приверженность пациента своим обязательствам носит поверхностный характер и не способна устоять в неблагоприятных условиях. Поэтому, когда терапевт добивается от пациента предварительных обязательств, он должен попытаться усилить приверженность им, если это возможно. Один из способов достичь этого — обсуждение доводов "за" и "против", о котором говорилось выше; еще один способ — техника "адвоката дьявола", которая обсуждается в главе 7. В этом случае терапевт предлагает пациенту аргументы против принятия обязательств. Главное, чтобы контраргументы были слабее, чем аргументы пациента в пользу обязательств. Когда контраргументы слишком сильны, пациент может сдаться и отказаться от обязательств. Если такое случается, терапевт должен немного отступить и подкрепить аргументы в пользу обязательств, затем снова вернуться к позиции "адвоката дьявола". Эта тактика полезна для создания у пациента чувства свободы выбора и "иллюзии" контроля.

3. ТЕХНИКА "ЗА ЛАПОТЬ — КУРОЧКУ, ЗА КУРОЧКУ — ГУСЯ, ЗА ГУСЯ — ОВЕЧКУ..." И ТЕХНИКА ТОРГА

Техника "За лапоть — курочку, за курочку — гуся, за гуся — овечку..." (*Freedman & Fraser, 1966*) и техника торга (*Cialdini et al., 1975*) — хорошо известные социально-психологические процедуры для повышения вероятности согласия выполнить просьбы и согласия с предварительно принятыми обязательствами. При использовании техники "За лапоть — курочку, за курочку — гуся, за гуся — овечку..." терапевт повышает вероятность согласия пациента, ставя перед ним сначала простое требование, за которым затем следует более сложное (например, сначала пациент соглашается сделать неприятный звонок, затем терапевт добивается от него согласия применить в телефонном разговоре новые навыки межличностной коммуникации). При использовании второй техники — техники торга — выполняется обратная процедура: терапевт сначала запрашивает нечто более серьезное, чем хочет добиться, затем просит пациента сделать что-нибудь более легкое (например, сначала просит пациента не наносить себе увечий до следующего сеанса, затем просит позвонить ему, если пациент захочет нанести себе телесные повреждения). Иногда самой действенной может оказаться комбинированная процедура — сначала попросить

о чем-то трудном, затем перейти к очень простому требованию и снова попросить о чем-то трудном (*Goldman, 1986*). Все эти стратегии могут оказаться более эффективными, чем непосредственная просьба о принятии обязательств.

Если терапевт добивается принятия обязательств по отношению к терапии или определенной терапевтической процедуре, может быть использована следующая вариация комбинированной стратегии. На первом этапе терапевт представляет цели (терапии в целом или отдельной процедуры) несколько размыто и в привлекательном свете, не упоминая о трудностях их достижения, так что почти каждый пациент соглашается с ними. На втором этапе терапевт добивается от пациента обязательств по достижению этих целей. На третьем этапе терапевт возвращается к описанию целей, делая его более конкретным и затрагивая трудности. На четвертом этапе терапевт снова добивается от пациента обязательств по достижению целей. На пятом этапе терапевт делает особый акцент на описании трудностей. Достижение целей представляется трудным — вероятно, более трудным, чем что-либо, с чем до сих пор приходилось сталкиваться пациенту (и даже более трудным, чем это может быть на самом деле), — но вполне реальным для пациента. Наконец, терапевт добивается еще одного обязательства — стремиться к достижению целей.

Если терапевт хочет добиться от пациента обязательств по самостоятельной работе над заданиями или по отработке новых видов поведения, часто наиболее эффективна техника торга. Например, сначала я прошу пациента практиковать новый навык каждый день, а затем облегчаю условие до одного-двух раз в неделю. Как только пациент соглашается, и если я считаю согласие пациента осознанным, я могу усложнить просьбу — практиковать навык три раза в неделю.

4. УСТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗИ НОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СО СТАРЫМИ

Один из вариантов техники торга — напомнить пациенту о прежних обязательствах. Это необходимо всякий раз, когда приверженность пациента своим обязательствам начинает слабеть или если поведение пациента не соответствует его прежним обязательствам. ("Я думал, что мы/вы согласились..."). Такая стратегия может быть чрезвычайно полезной в кризисных ситуациях, особенно если пациент угрожает самоубийством или другими деструктивными действиями; в то же время достижение новых обязательств в кризисных ситуациях может представлять особые трудности. Эта тактика более предпочтительна, чем атаки на пациента или угрозы немедленного противодействия ему. Например, одна из новых пациенток как-то позвонила мне (как директору клиники) в кризисной ситуации и пожаловалась, что необходимость идти на групповую терапию унижает ее. Когда я не разрешила ей пропускать занятия по групповому тренингу навыков, она сказала: "Ну хорошо, тогда я сделаю с собой что-нибудь плохое". Я сразу же возразила: "Мне казалось, что вы собирались сделать все возможное, чтобы не допустить этого. Это одно из обязательств, которое вы на себя взяли до начала терапии".

Напоминая пациенту о предварительных обязательствах, терапевт также должен обсудить, по-прежнему ли пациент несет взятые на себя когда-то обязательства, а затем следует помочь пациенту прояснить прежние обязательства. Если определенное обязательство или цель существенно важны для ДПТ (например, обязательство работать над устранением парасуицидального поведения в приведенном выше при-

мере) или для личных границ терапевта, последнему следует сосредоточиться на возобновлении обязательств. Если изменения не противоречат ДПТ или личным границам терапевта, показан пересмотр обязательств.

5. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВОБОДЫ ВЫБОРА ПРИ ОТСУТСТВИИ АЛЬТЕРНАТИВ

Приверженность пациента обязательствам и вероятность согласия повышаются в том случае, если люди полагают, что взяли на себя определенное обязательство, обладая свободой выбора, и что альтернативных способов достижения цели не существует. Поэтому терапевту следует попытаться усилить ощущение свободы выбора, в то же время подчеркивая отсутствие альтернативных путей достижения цели. Один из способов добиться этого — подчеркнуть, что пациент может просто изменить свои цели. Хотя возможных путей достижения цели может быть не так уж много, пациент может выбирать свои жизненные цели. Ловушка здесь в том, что при выборе целей пациент должен принять все то, что с ними связано. Таким образом, пациенту придется принимать естественные последствия своего выбора.

Поэтому терапевт должен подчеркивать наличие свободного выбора, в то же время реалистично представляя последствия принятого решения. Например, при формировании (или восстановлении) обязательства пациента работать над устранением парасуицидального поведения терапевт может подчеркнуть, что пациент вправе выбрать парасуицид как метод решения проблем, но в таком случае ему придется искать другую терапевтическую программу, поскольку ДПТ ставит своей целью устранение парасуицидального поведения. Подобным образом терапевт может сказать, что пациент волен продолжать препятствующее терапии поведение, но также объяснить свои личные границы в случае такого выбора. Например, однажды я сказала пациентке, которая настойчиво проявляла неприемлемое (для меня) поведение, что она может продолжать в том же духе, но в таком случае у меня не будет желания с ней работать. Она сразу же спросила, означает ли это, что я могу прекратить терапию, если она не остановится? Я ответила: "Нет. Я буду продолжать терапию, но мне это не будет нравиться, вот и все".

Читатель, вероятно, заметил, что последствия выбора в этом примере связаны с терапевтическими отношениями. Обычно это самые значимые последствия в рамках данной стратегии, поскольку терапевт вполне в них уверен. Однако, как я буду подробнее говорить в главе 10, терапевтические стрессовые ситуации могут применяться при условии прочных терапевтических отношений. Поэтому их следует применять с большой осторожностью, если отношения еще не сформированы.

Терапевт может обратиться к предыдущему обсуждению доводов "за" и "против", а также к описанному анализу дисфункционального поведения, чтобы почерпнуть другие идеи относительно вероятных и реалистичных последствий дисфункционального поведения. Самое главное — обе стороны в терапевтических отношениях должны принять тот факт, что пациент может сделать выбор в пользу такого поведения и его последствий. Предоставление этой свободы и одновременный акцент на отрицательных последствиях неправильного выбора может укрепить приверженность пациента своим обязательствам и вероятность следования им.

6. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ФОРМИРОВАНИЯ, ИЛИ ШЕЙПИНГА

Очень важно помнить о том, что обязательства и приверженность им очень часто нужно формировать. На начальной стадии изменения обязательства могут касаться ограниченных целей, которые будут расширяться со временем. В других случаях, когда пациент, например, уставший или деморализованный, время работы по формированию обязательств должно сокращаться. Часто терапевт хочет добиться от пациента обязательств, превышающих реальные возможности последнего. Терапевт должен сохранять гибкость и использовать творческий подход, добиваясь иногда едва заметных различий в обязательствах. При этом необходимо умение снижать требования или использовать технику торга.

7. НАДЕЖДА ДЛЯ ПАЦИЕНТА: НАПРАВЛЯЮЩЕЕ ОБОДРЕНИЕ

Одна из основных проблем, с которыми сталкиваются пограничные и суицидальные пациенты, — отсутствие у них всякой надежды на то, что они смогут воплотить выработанные решения в жизнь или что их попытки не закончатся провалом и унижением. Принятие обязательств без надежды на их соблюдение едва ли возможно. Использование стратегий направляющего ободрения нигде так не важно, как в сфере решения проблем. Во время каждого взаимодействия, направленного на решение проблем (особенно если это взаимодействие подходит к концу и требуется обязательство со стороны пациента), терапевту необходимо ободрять пациента, подкреплять даже минимальные успехи с его стороны и все время обращать его внимание на то, что он обладает необходимым потенциалом для преодоления своих трудностей.

8. СОГЛАШЕНИЕ О ДОМАШНИХ ЗАДАНИЯХ

Обязательная структурированная отработка новых решений проблем или новых поведенческих навыков — неотъемлемая составляющая группового тренинга навыков. Структурированные домашние задания не характерны для индивидуальной психотерапии. Однако пациент и терапевт часто могут договариваться о практике определенного поведения в промежутках между сеансами. В таком случае терапевту обязательно нужно составить письменное “поведенческое задание”. Также очень важно проверить его выполнение на следующем сеансе. Иногда и пациенту полезно записать, что он будет делать в качестве домашней работы. Если задача очень сложная, терапевт может попросить пациента позвонить в промежутке между сеансами и рассказать об успехах или непредвиденных трудностях.

Заключение

Стратегии решения проблем в ДПТ не отличаются от соответствующих стратегий, использующихся в большинстве других форм когнитивно-поведенческой терапии. Однако если бы одних этих стратегий было достаточно для терапии ПРЛ, не было бы необходимости в разработке новых методов терапии данного расстройства. Основное различие в использовании этих стратегий для пациентов с ПРЛ по сравнению с прочими категориями пациентов состоит в том, что при работе

с пограничными индивидами терапевт должен быть готов к необходимости многократного применения каждой стратегии и их этапов. Взятые обязательства и приверженность им должны возобновляться. Один и тот же терапевтический инсайт нужно повторить множество раз, прежде чем он достигнет цели и будет понят. Поведенческий анализ может быть утомительным и занимать много времени, особенно если его процесс неоднократно прерывается препятствующим терапии поведением. Альтернативное поведение и решения, которые кажутся возможными терапевту, могут представляться нереальными для пациента. В целом, чтобы помочь пациенту применить на практике совместно выработанные решения проблем, понадобятся тренинг поведенческих навыков, причинно-следственные процедуры, когнитивная модификация и экспозиционные техники, направленные на ослабление препятствующей терапии эмоциональности, — как по отдельности, так и вместе. Эти процедуры подробно обсуждаются в двух следующих главах.

10

Процедуры изменения: причинно-следственные процедуры (причинно-следственное управление и соблюдение границ)

Процедуры изменения — причинно-следственные процедуры, тренинг поведенческих навыков, экспозиционные процедуры, а также когнитивная модификация — тесно переплетаются, образуя единую ткань ДПТ. Эти процедуры используются всеми терапевтами, хотя удельный вес каждой из них в терапевтическом процессе меняется в зависимости от модальности и этапа терапии. Применение упомянутых процедур соотносится с четырьмя основными группами вопросов, которые рассматриваются в поведенческом анализе. Соответствие этих вопросов определенным процедурам представлено в табл. 10.1. Однако каждая из этих процедур хотя бы кратковременно и неформально используется почти во всех видах терапевтического взаимодействия; применение процедур может быть также формальным и структурированным.

Примерами формальных причинно-следственных процедур могут быть такие меры, как применение плана осознанной (с точки зрения пациента) терапии, подчеркивающего последствия определенных видов поведения (в частности, правило ДПТ о том, что пациент не имеет права звонить терапевту в течение 24 часов после совершения парасуицидального действия; предупреждение пациента, что если в течение недели он превысит норму звонков терапевту, то теряет право на телефонные консультации на следующей неделе); применение уровневых систем и систем при-

вилегий при стационарном лечении; использование программ по самоуправлению в промежутках между психотерапевтическими сеансами. Что касается неформального (и зачастую едва ли осознанного) применения причинно-следственных процедур, можно сказать, что всякая реакция терапевта, которую наблюдает пациент. с его точки зрения может быть нейтральной, наказывающей либо подкрепляющей. Поэтому каждая реакция на ту или иную возможность представляет собой неформальную причинно-следственную процедуру, эффективную или неэффективную. Непосредственные изменения в окружении с целью поддержания новых или более полезных видов поведения также относятся к причинно-следственным процедурам.

Таблица 10.1. Соответствие процедур изменения вопросам, рассматриваемым при поведенческом анализе

Вопросы	Процедуры
1. Присутствуют ли требуемые виды поведения в поведенческом репертуаре пациента? В состоянии ли он:	Тренинг поведенческих навыков
а) регулировать свои эмоции?	Регуляция эмоций
б) переносить дистресс?	Умение переносить дистресс
в) адекватно реагировать на конфликт?	Эффективность межличностных отношений
г) наблюдать, описывать, соучаствовать без критичного отношения, осознанно, обращая внимание на эффективность своих действий?	Психическая вовлеченность
д) управлять собственным поведением?	Самоуправление
2. Подкрепляется ли неэффективное поведение? Ведет ли оно к позитивным либо предпочтительным результатам или создает условия для других предпочтительных видов поведения либо эмоциональных состояний? Не сопровождается ли эффективное поведение нейтральными результатами или наказанием, задерживаются ли позитивные результаты? Нет ли препятствий для подкрепления поведения, способствующего достижению целей?	Причинно-следственные процедуры
3. Не подавляется ли эффективное поведение необоснованными страхами или чувством вины? Не страдает ли индивид "эмоциональной фобией"? Нет ли паттернов избегания?	Терапевтическая экспозиция
4. Не подавляется ли эффективное поведение ошибочными убеждениями и допущениями? Предшествуют ли эти убеждения и допущения неэффективному поведению? Осознает ли индивид свои возможности или правила, действующие в его окружении? в терапии?	Когнитивная модификация

При применении процедур важно, чтобы — если это возможно — научение происходило именно в том контексте, в котором востребовано новое поведение. Например, в условиях стационара научение сдерживанию и замещению суицидального поведения навыками перенесения дистресса и эмоциональной регуляции едва ли принесет пользу, если приобретаемые навыки не генерализуются и не распространяются на другие типы окружения и ситуации, особенно кризисные. Точно так же научение адекватному взаимодействию с терапевтом не принесет плодов, если формируемые навыки не распространятся на другие типы отношений. В ДПТ подчеркивается, что пребывание пациента в проблемной или кризисной ситуации должно сопровождаться одновременным обучением его новым способам решения проблем и совладания с травматическим опытом. Обучение навыкам кризисного выжива-

ния (важный аспект при тренинге перенесения дистресса), например, будет очень трудным, если пациента выводят из кризисной ситуации всякий раз, когда терапевт считает ситуацию слишком сложной для него. Данная тема подробно обсуждается в главе 15 в связи с телефонными стратегиями ДПТ и клиническим протоколом. Пока что читателю просто нужно запомнить, что научение должно происходить в том контексте, в котором реализуется новое поведение, а если нет, то следует добиться генерализации получаемых навыков и их переноса на необходимые ситуации.

Обоснование причинно-следственных процедур

Хотя в теории ДПТ подчеркивается дефицит навыков, бесспорно важную роль в применении уже имеющихся у пациента навыков играют мотивационные факторы. Поэтому ДПТ уравновешивает модель дефицита навыков (такую, например, как модель Х. Когута (*Kohut, 1977, 1984*) или Г. Адлера (*Adler, 1985, 1989*)) мотивационной моделью (например, моделью О. Кернберга (*Kernberg, 1984*) или Дж. Мастерсона (*Masterson, 1976*)). Даже если пациенты с ПРЛ обладают навыками, необходимыми в определенной ситуации, они часто ими не пользуются. Следует различать приобретение навыков и их применение. В ДПТ мотивационные проблемы рассматриваются с точки зрения средовых и личностных факторов, влияющих на данное поведение и контролирующих его в настоящее время. Определение таких факторов — основная направленность поведенческого анализа.

Причинно-следственные процедуры в ДПТ основаны на простой посылке: последствия определенного вида поведения влияют на вероятность его повторения. Цель — заставить терапевтические возможности работать на благо пациента. Применение причинно-следственных процедур, как минимум, требует от терапевта тщательного отслеживания и организации собственного межличностного поведения при взаимодействии с пациентом — таким образом, чтобы избежать неумышленного закрепления поведения, подлежащего изменению, и наказания полезного, адаптивного поведения. На первом месте — заповедь “Не навреди!” Если возможно, терапевт должен организовывать последствия поведения пациента таким образом, чтобы подкреплялось эффективное и заменялось или устранялось неэффективное или неадаптивное поведение. Когда дело касается суицидального поведения, перед терапевтом неизбежно встает задача поддержания чрезвычайно тонкого, несколько рискованного баланса. Терапевт пытается, с одной стороны, не слишком подкреплять суицидальные реакции, с другой — не игнорировать эти реакции настолько, чтобы они усилились до опасной для жизни интенсивности. Такой подход требует от терапевта некоторого риска в настоящем, чтобы добиться стойких улучшений в будущем.

Подкрепление в данном случае относится ко всем последствиям или возможностям, которые повышают вероятность определенного поведения. Фактически это функциональное определение — событие будет подкрепляющим только в том случае, если оно выполняет соответствующие функции; поэтому потребуется индивидуальное выявление конкретных подкрепляющих факторов при работе с каждым отдельным пациентом. Важность этого момента трудно переоценить, и позднее мы вернемся к нему для более детального рассмотрения. Хотя подкрепляющие факто-

ры обычно ассоциируются с позитивными, желательными или полезными событиями, они далеко не всегда бывают таковыми. Р. Коленберг и М. Тсай (*Kohlenberg & Tsai, 1991*), например, указывают, что свободная запись к дантисту подкрепляет определенное поведение пациентов, в результате чего они охотнее записываются на прием (а не идут к врачу без записи), — это касалось даже тех, кто обычно боялся идти к зубному врачу. В отличие от подкрепления, гашение и наказание ослабляют или снижают вероятность поведения. Под гашением имеется в виду прекращение подкрепления определенного поведения. Наказание подразумевает использование последствий, направленных против повторения данного поведения; любое последствие, которое выполняет функцию наказания, по определению, будет отрицательным подкреплением. Хотя и та, и другая процедура ослабляют или устраняют определенное поведение, действуют они по-разному. Эти различия чрезвычайно важны для терапевтического процесса.

В принципе, ДПТ отдает предпочтение подкреплению или подкреплению в сочетании с гашением, а не исключительно гашению или наказанию. В идеале, как уже упоминалось, терапевт пытается организовать все таким образом, чтобы неэффективное и неадаптивное поведение заменялось несовместимым с ним полезным поведением, выполняющим функцию более сильного подкрепляющего фактора для пациента. Однако при работе с пограничными индивидами идеальные условия встречаются крайне редко, поэтому время от времени гашение или отрицательное подкрепление просто необходимы.

Причинно-следственные процедуры в ДПТ, особенно использование отрицательного подкрепления, очень напоминают процедуры установления границ в других терапевтических подходах. Установление границ обычно подразумевает такие действия терапевта, которые наказывают поведение, наносящее, по его мнению, вред пациенту, или направлены на устранение факторов подкрепления такого поведения. Границы в данном случае относятся к границам допустимого поведения. Обычно (но не всегда) ограничивается поведение, которое квалифицируется клиницистом как неадаптивное и не поддающееся контролю со стороны пациента или же представляющее серьезные препятствия для терапии. ДПТ понимает понятие "границы" более узко и различает предельно релевантное* и целерелевантное поведение (мы обсудим эти понятия в следующем разделе). Тем не менее, несмотря на некоторые различия, актуальные процедуры, использующиеся в ДПТ, весьма близки к процедурам установления границ, применяемым в других типах терапии.

Различие между причинно-следственным управлением и соблюдением границ

В ДПТ применяются два типа причинно-следственных процедур, предназначенных для двух соответствующих типов поведения. *Первая категория*, "причинно-следственное управление", направлена на приоритетные целевые виды поведения. а также функционально связанные с ними виды поведения. В совокупности эти виды поведения можно назвать целерелевантными — термин, достаточно близкий по значению термину Р. Коленберга и М. Тсая (*Kohlenberg & Tsai, 1991*) "клиничес-

* От англ. *relevant* — актуальный, относящийся к чему-либо. — *Примеч. ред.*

ки значимые виды поведения". Хотя задействовать функционально значимые виды поведения — все равно что открывать ящик Пандоры, целевое поведение четко определяется в начале терапии (хотя бы в общем). Выбирая ДПТ в качестве терапевтической программы, пациент тем самым соглашается работать над этими видами поведения. При долгосрочной терапии, когда закончена работа над приоритетными видами поведения в иерархии целей, целерелевантные виды поведения могут включать преимущественно поведенческие паттерны, выбранные пациентом, т.е. они могут относиться к седьмой категории целей ДПТ — индивидуальным целям пациента. Исключительными факторами, определяющими целерелевантное поведение, будут благополучие и долгосрочные цели пациента.

Вторая категория, "соблюдение границ", направлена на все виды поведения пациента, которые нарушают или угрожают нарушением личным границам терапевта. В совокупности эти виды поведения можно считать предельно релевантными. В этом случае благополучие и желания пациента не будут важнейшими и определяющими факторами. Решающим фактором здесь выступает взаимосвязь между поведением пациента и личными границами терапевта. Поэтому предельно релевантное поведение пациента будет разным для разных терапевтов; виды поведения пациента, выбранные одним терапевтом, могут не совпадать с выбором другого специалиста.

ДПТ придает большое значение различению двух этих типов поведения при использовании причинно-следственных процедур. Соблюдение границ — особая категория причинно-следственных процедур, обращенных на границы терапевта и соответствующее им поведение пациента. Границы — как поведения пациента, так и толерантности терапевта — зачастую чрезвычайно противоречивы. Чтобы объективно и эффективно решать проблемы в этой сфере, был разработан подход соблюдения границ, который несколько отличается от подхода установления границ во многих других типах терапии.

Терапевтические отношения как возможности

Для большинства пациентов с ПРЛ самые действенные подкрепляющие факторы — те, которые связаны с качеством терапевтических отношений. Зачастую только эти факторы в силах противостоять сложившемуся влиянию, подкрепляющему деструктивное и неадаптивное поведение определенного процента пациентов. Поэтому причинно-следственные процедуры едва ли реально применять до того, как между пациентом и специалистом сформируются прочные терапевтические отношения. Устойчивые отношения повышают значимость поведения терапевта, что впоследствии находит широкое применение в ДПТ для подкрепления определенного поведения пациента. Самое главное, в конечном счете, — сформировать прочные и глубокие межличностные отношения с пациентом. Для этого, конечно, имеются и другие подкрепляющие факторы, однако большинство из них либо слишком слабы, чтобы противодействовать подкреплению проблемного поведения пациента результатами, либо не контролируются терапевтом.

Как только между терапевтом и пациентом устанавливаются прочные положительные взаимоотношения, их выражение и продолжение становится наиболее эффективным подкрепляющим фактором в арсенале клинициста. Самое действенное

наказание — лишить пациента теплого отношения, доброй воли и/или одобрения терапевта (а иногда — отстранить пациента от терапии). Взаимоотношения пациента и терапевта служат достижению долгосрочных целей пациента. (Выражаясь более простым языком, как уже упоминалось в главе 4, терапевт сначала формирует прочные взаимоотношения с пациентом, затем "шантажирует" ими пациента, заставляя добиваться намеченных, однако невероятно трудных изменений в его поведении.) Здесь особо важны два момента. Во-первых, терапевт не может использовать причинно-следственные факторы до того, как будут сформированы прочные отношения с пациентом. Как говорится, "утром деньги, вечером — стулья". Во-вторых, поскольку ДПТ отдает предпочтение не искусственным, а естественным возможностям (мы обсудим это ниже), прочность (если не глубина) отношений должна быть обоюдной. Фальшивое или недостаточно искреннее отношение специалиста неизбежно приводит к искусственным или неискренним реакциям пациента. (Поддержание искреннего расположения к пациенту — одна из целей стратегий супервизии и консультирования терапевта, которые рассматриваются в главе 13.) ДПТ ни в коей мере не игнорирует и не умаляет роль терапевтических взаимоотношений, делая особый упор на их прочности.

Многим терапевтам использование расположения, доброты, привязанности и других человеческих качеств и характеристик отношений как подкрепляющих факторов может показаться несовместимым с искренней заботой о пациенте. Сама идея этого воспринимается некоторыми специалистами как попытка манипуляции. Другие считают, что искренняя забота означает безусловную привязанность и доброту по отношению к индивиду. Как и в случае многих других парадоксов, обе стороны в чем-то правы. С одной стороны, в большинстве различных типов взаимоотношений люди естественным образом подкрепляют просоциальные, адаптивные виды поведения, в то же время удерживаясь от подкрепления отрицательного или нежелательного поведения. Например, если муж обманывает или ворует, любящая жена не станет одобрять его действия. Человек не станет искать общения с теми, кто бранит и оскорбляет его. Другие типы человеческих взаимоотношений обычно отличаются от терапевтических не тем, какая реакция сопровождает позитивное поведение, а скорее тем, кто получает пользу от такого поведения, а также степенью прозрачности при использовании возможностей. При терапевтических отношениях подкрепляется поведение, которое способствует благополучию пациента, а использование возможностей носит целенаправленный и осознанный характер. В большинстве других типов взаимоотношений (особенно во взаимоотношениях сверстников) при выборе поведения, подлежащего подкреплению, в равной мере важна польза обеих сторон, а возможности применяются неосознанно.

С другой стороны, использование факторов межличностных возможностей не должно быть прикрытием для лишения социально неблагополучного индивида участливого отношения, привязанности, эмоциональной близости, одобрения и валидации со стороны терапевта. При таком отношении к себе даже самые трудные пациенты обычно постепенно начинают переходить к гораздо более позитивному и адаптивному поведению. Приход на психотерапевтический сеанс и присутствие до самого его завершения — уже достижение для многих пациентов. Действительно, социально неблагополучная жизнь многих индивидов с ПРЛ предполагает, что те-

рапевт должен обеспечивать максимум межличностной безопасности, опеки и заботы для пациентов. Другими словами, терапевт должен находить возможность для положительного подкрепления пациентов; а если говорить еще проще — должен любить своих пациентов и обеспечивать им все необходимое для роста и процветания, а может, и больше. Терапевту также не следует демонстрировать пациентам слишком высокие критерии своего доброго отношения и одобрения. Не следует воспринимать небольшой просчет пациента как катастрофу (подробнее я буду обсуждать этот вопрос в связи с принципами формирования, или шейпинга).

Процедуры причинно-следственного управления

Каждая реакция в контексте межличностных взаимоотношений потенциальная форма подкрепления, наказания или гашения. Это так же верно для терапии, как и для любого другого типа взаимоотношений, и принцип этот сохраняется независимо от намерений терапевта или пациента. Реакция терапевта на поведение пациента в различные моменты времени влияет на последующие действия, чувства, мысли и ощущения пациента. Стратегии причинно-следственного управления позволяют регулировать вероятностные (зависящие от стечения обстоятельств) взаимосвязи между поведением пациента и реакциями терапевта, добиваясь благотворных результатов и избегая ятрогенных последствий терапевтических взаимодействий. Самые важные из этих стратегий рассматриваются в следующем разделе и кратко представлены в табл. 10.2.

Таблица 10.2. Процедуры причинно-следственного управления

Ориентация пациента на причинно-следственное управление:

- терапевт объясняет пациенту, как происходит научение (в том числе подкрепление);
- терапевт объясняет различие между "намеренным" результатом поведения и "функциональной зависимостью" результата от поведения.

ПОДКРЕПЛЕНИЕ целерелевантного адаптивного поведения:

- терапевт применяет подкрепление немедленно;
- терапевт подстраивает режим подкрепления под интенсивность адаптивной реакции пациента:
  - если реакция слабая, терапевт подкрепляет пациента каждый раз (или почти каждый раз), когда тот демонстрирует желательное поведение;
  - по мере того как реакция усиливается, терапевт постепенно снижает частоту и интенсивность подкрепления, устанавливая режим периодического подкрепления;
  - по мере возрастания эффективности средовых и индивидуальных возможностей терапевт постепенно прекращает подкрепление;
- терапевт использует терапевтические отношения как подкрепляющий фактор.

ГАШЕНИЕ целерелевантного неадаптивного поведения:

- терапевт устанавливает, не поддерживается ли поведение положительным подкреплением;
- терапевт не потакает пациенту;
- терапевт придерживается режима гашения при поведенческих "взрывах";
- терапевт вовлекает пациента в решение проблем, чтобы помочь ему найти альтернативное поведение, которое можно подкреплять:
  - терапевт быстро подкрепляет альтернативное адаптивное поведение.
- терапевт поддерживает пациента при применении режима гашения:
  - терапевт заботливо относится к пациенту и валидирует его страдания;
  - терапевт в доброжелательной манере напоминает пациенту о необходимости и целях гашения.

Таблица 10.2 (окончание)

Использование по мере необходимости ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ПОДКРЕПЛЕНИЯ:

- когда положительное подкрепление высокоприоритетного, целерелевантного неадаптивного поведения не контролируется терапевтом;
- когда неадаптивное поведение препятствует всем остальным разновидностям адаптивного поведения;
- терапевт использует неодобрение, конфронтацию или прекращает теплое отношение (с большой осторожностью);
- терапевт применяет технику коррекции–перекоррекции результатов неадаптивного поведения;
- терапевт при необходимости прибегает к "отпуску от терапии";
- терапевт использует прекращение терапии *исключительно* как крайнюю меру.

Определение ПОТЕНЦИАЛА ПОСЛЕДСТВИЙ:

- терапевт эмпирически выявляет подкрепляющие факторы; терапевт не предполагает, что определенное событие или реакция (особенно похвала) непременно оказывает подкрепляющее (положительное или отрицательное) воздействие на определенного пациента;
- терапевт применяет различные виды подкрепления.

Предпочтение, по возможности, естественного подкрепления перед искусственным:

- терапевт сочетает искусственное подкрепление с естественным, со временем ослабляя искусственное подкрепление, чтобы повысить эффективность естественного.

Использование ПРИНЦИПОВ ФОРМИРОВАНИЯ, или шейпинга, для подкрепления поведения пациента (терапевт регулирует возможности подкрепления, уравновешивая требования ситуации и способности пациента на данном этапе):

- терапевт использует режим подкрепления, который постепенно и по нарастающей формирует реакции пациента, чтобы они соответствовали целевому поведению;
- терапевт подкрепляет имеющееся в репертуаре пациента поведение, способствующее целевому;
- терапевт "выставляет планку" таким образом, чтобы она почти соответствовала верхнему пределу возможностей пациента; сложность поставленной задачи должна немного превышать сложность успешно выполненной задачи;
- когда пациент действует почти на пределе своих возможностей, терапевт подкрепляет его поведение;
- терапевт не подкрепляет поведение (гашение), далекое от целевого, если в репертуаре пациента имеются более близкие к целевому типы поведения;
- терапевт использует информацию о всех переменных ситуации (включая те, которые посягают на уязвимые "точки" пациента), устанавливая уровень сложности поставленной задачи.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт "уступает" требованиям пациента и подкрепляет неэффективное поведение последнего в ситуации, когда требуется более компетентное поведение, на которое пациент способен;
- терапевт непоследователен в использовании процедур причинно-следственного управления;
- терапевт применяет отрицательное подкрепление в карательных целях;
- терапевт требует поведения, на которое пациент неспособен, до подкрепления поведенческих усилий последнего.

Ориентация на причинно-следственное управление: обзор задач

Терапевту следует ориентировать пациента на использование в терапии стратегий причинно-следственного управления. Путаница в принципах подкрепления и их влиянии на поведение — как для специалистов, так и для пациентов — делает эту задачу одновременно крайне важной и крайне трудной. Существенно важно предоставление пациенту информации о принципах научения, если терапевт хочет добиться от него сотрудничества в выявлении факторов, контролирующих его поведение. Излишне говорить, что терапевт обязан хорошо разбираться в принципах научения; эти принципы приводятся в большинстве пособий по поведенческой

модификации или поведенческой терапии (например, *Martin & Pear, 1992; Masters et al., 1987; Millenson & Leslie, 1979; O'Leary & Wilson, 1987*). Терапевт должен также работать над устранением социально неприемлемых паттернов подкрепления. Мой клинический опыт показал важность следующих моментов (в произвольном порядке).

Во-первых, терапевту следует обсудить разницу между намерением, поведенческим планированием, целью и последствиями в свете их влияния на реакции или действия индивида. Эта задача требует особо тонкого подхода при работе с пограничными индивидами. Намерения, обусловливающие их поведение, зачастую не имеют отношения к его результатам (по крайней мере некоторым), включая те из них, которые подкрепляют данное поведение. Терапевт должен (как я уже неоднократно подчеркивала) обратить внимание пациента на следующий факт: предположение, будто последствия поведения обязательно свидетельствуют о наличии соответствующего намерения, ошибочно. Многие последствия, по сути, возникают непреднамеренно. Более того, усиливающее воздействие определенного последствия на поведение (т.е. последствие функционирует как подкрепляющий фактор) не означает, что последствие было желательным или намеченным заранее; ненамеренные последствия могут подкреплять и часто подкрепляют поведение.

Во-вторых, необходимо объяснить пациенту преимущественно автоматический характер научения. В качестве примера терапевт может привести научение животных и научение детей в младенческом возрасте, которому обычно не приписываются осознанные или неосознаваемые намерения. Можно поговорить с пациентом о физическом влиянии подкрепления на мозг независимо от намерений или желаний индивида. Подкрепляющие последствия вызывают определенные химические процессы в головном мозге, образуются новые нейронные цепи.

В-третьих, терапевт должен обратить внимание пациента на то, что воздействие последствий на поведение может не осознаваться индивидом. Большинство из нас просто не осознают этого воздействия. Если мы "чувствуем", что делаем что-либо с определенной целью или по какой-то причине, это вовсе не означает, что данная цель или причина действительно определяют наше поведение. Все люди (не только пациенты психиатрических клиник) склонны конструировать причины собственного поведения, если "мотивы" неочевидны (*Nisbett & Wilson, 1977*). Можно привести следующий пример. Эксперименты с животными показали, что стимуляция определенных центров головного мозга, отвечающих за вознаграждение, повышает частотность любого поведения, которое непосредственно предваряет стимуляцию. Эффект воздействия настолько силен, что животное можно вовлечь в "вознаграждаемое" поведение настолько, что оно даже не станет отвлекаться на еду, хотя и будет нуждаться в пище. (Результаты исследования подытожены в *Millenson & Leslie, 1979*.) Что касается людей, то если бы нашелся способ стимуляции центров вознаграждения головного мозга, частотность непосредственно предшествующего стимуляции поведения также повысилась бы. Если бы субъект осознавал происходящее, он, конечно же, указал бы на стимуляцию как причину усиления поведения. Но если бы стимуляция осуществлялась без ведома субъекта? Если бы такая стимуляция повышала вероятность определенного поведения, это поведение усилилось бы, однако индивид не осознавал бы причины такого усиления. В подобной

ситуации обычные люди в качестве объяснения конструируют рациональные мотивы поведения, не связанные со стимуляцией головного мозга (например: "Мне нравится этим заниматься"). Терапевт может привести пример того, как он сам "сконструировал" причину определенного поведения, которое (как обнаружилось впоследствии) усилилось под влиянием совсем других факторов, а затем попросить пациента привести свои примеры.

В-четвертых, терапевт должен указать, что определение человеком факторов влияния на собственное поведение называется осознанием. Осознание подкрепления социально неприемлемых видов поведения маловероятно, если пациент и терапевт согласятся с тем, что намерение, последствия и подкрепление всегда действуют вместе или что "чувства" и представления о причинах поведения (при отсутствии опорных данных) можно считать самой надежной информацией о факторах влияния на данное поведение.

В-пятых, очень полезно объяснить влияние гашения на поведение. Если необходимо, терапевт может объяснить пациенту, что после устранения подкрепляющих факторов частота или интенсивность неадаптивного поведения может временно повыситься. Иногда осознание этих процессов снижает болезненность, сопровождающую устранение привычного подкрепления. Чтобы помочь пациенту взять на себя обязательство переносить болезненные аспекты изменений, можно применить технику "За лапоть — курочку, за курочку — гуся, за гуся — овечку...", описанную в главе 9.

Наконец, следует объяснить пациенту принципы наказания, которые обсуждаются ниже. Помимо простой ориентации, эта информация служит нескольким целям. Она обеспечивает обоснование для решения пациента отказаться от наказания как техники самоконтроля. Как я уже неоднократно упоминала, самонаказание зачастую выступает единственной процедурой самоконтроля, применяемой индивидами с ПРЛ. Кроме того, предоставление информации об ограниченном во времени и отрицательном влиянии наказания повышает вес пациента в терапевтических взаимоотношениях и дает ему "орудие", позволяющее остановить неблагоразумное использование принуждения со стороны терапевта.

Категории поведения, выбранные в качестве целей для подкрепления (например, перенесение дистресса, психическая вовлеченность), а также для гашения и наказания (например, суицидальные угрозы, нападение на терапевта), будут обсуждаться как часть начальной и последующей оценки и терапевтического планирования. Принципы, которые рассматривались выше, а также принципы, которые будут рассматриваться ниже в этой главе, как правило, обсуждаются с пациентом во время начальной ориентации на терапию. Может возникнуть потребность и в переориентации — если терапевт и пациент пытаются выяснить, почему сохраняются определенные поведенческие паттерны. Эти принципы могут нуждаться в дальнейшем обсуждении, если в поведении пациента всплывают новые, мощные возможности. Однако пациенту вовсе не обязательно и не всегда полезно объяснять, почему и как именно в каждом конкретном случае реализуются те или иные возможности. Если терапевт будет поступать таким образом, терапевтические ситуации будут настолько разительно отличаться от тех, с которыми пациент встреча-

ется в повседневной жизни, что вероятность генерализации существенно снизится. Это особенно важно при применении гашения и наказания.

1. ПОДКРЕПЛЕНИЕ ЦЕЛЕРЕЛЕВАНТНОГО АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Основной принцип ДПТ состоит в том, что терапевту следует подкреплять целерелевантное адаптивное поведение, если таковое имеет место. Терапевт все время должен обращать внимание на 1) то, что делает пациент; 2) то, выступает ли данное поведение пациента целью для усиления либо ослабления, и не связано ли оно с текущими терапевтическими целями (т.е. следует ли считать данное поведение целерелевантным); 3) то, как сам терапевт реагирует на данное поведение пациента. Используя термины Р. Коленберга и М. Тсая (*Kohlenberg & Tsai, 1991*), терапевт должен наблюдать клинически значимые виды поведения и подкреплять те из них, которые свидетельствуют о прогрессе пациентов. Важные принципы подкрепления — правильное распределение времени и правильный режим подкрепления.

Распределение времени при подкреплении

Непосредственное подкрепление гораздо мощнее, чем отсроченное. Именно поэтому многие виды поведения чрезвычайно плохо поддаются ослаблению. Однако довольно часто те же виды поведения приводят к долговременным отрицательным результатам или наказанию. Яркий тому пример — аддиктивное поведение. Непосредственное подкрепляющее воздействие наркотических веществ, алкоголя, азартных игр, пищи, а зачастую и суицидального поведения гораздо эффективнее, чем ослабляющее воздействие долгосрочных отрицательных последствий. Поэтому для терапевта чрезвычайно важно подкреплять улучшенное поведение как можно скорее. Поведение, которое имеет место в присутствии терапевта или по ходу телефонной консультации, гораздо удобнее для немедленного подкрепления. Следовательно, во время терапевтического взаимодействия с пациентом терапевт всегда должен быть готов к возможным поведенческим улучшениям.

Режимы подкрепления

В начале терапии может потребоваться продолжительное подкрепление. Если позитивное поведение случается редко, нужно определенным образом подкреплять почти каждый случай его проявления. Как только процент эффективного поведения заметно повышается, терапевт может начать постепенное ослабление режима подкрепления, а затем вовсе прекратить подкрепление. Поведение, которое подвергается периодическому подкреплению, гораздо устойчивее к гашению. Однако терапевт должен с осторожностью относиться к резкому снижению частоты подкрепления и длительным периодам слабого или нулевого подкрепления. В таких случаях терапевту следует проанализировать собственную внимательность к положительным поведенческим событиям или свое отношение к пациенту.

Валидация, отзывчивость и нетребовательная внимательность как факторы подкрепления

Подкрепление индивидов с ПРЛ может оказаться чрезвычайно сложной задачей. На некоторых пациентов лучше всего действует проявление душевного тепла и

выражение эмоциональной близости, для других это ассоциируется с такой сильной угрозой, что эффект будет прямо противоположным желаемому. Хотя основная процедура ДПТ состоит в формировании положительных взаимоотношений и дальнейшем использовании этих взаимоотношений для подкрепления прогресса. от степени близости пациента и терапевта к таким отношениям зависит, какое поведение терапевта будет подкрепляющим, а какое наказывающим. Способы определения возможного влияния последствий обсуждаются ниже.

Для большинства (но отнюдь не для всех) пациентов с ПРЛ подкрепляющими будут следующие виды поведения взаимоотношений: 1) выражение одобрения. заботы и интереса со стороны терапевта; 2) поведение, выражающее симпатию или восхищение пациентом (ниже приводятся некоторые предостережения относительно использования похвалы), желание работать или общаться с пациентом: 3) поведение, убеждающее пациента в надежности специалиста и безопасности терапии; 4) почти всякая валидирующая реакция (кроме, в некоторых случаях. направляющего ободрения); 5) поведение терапевта, которое служит ответом на просьбы и усилия пациента; 6) внимание или дополнительный контакт с терапевтом (например, предоставление пациенту возможности для регулярных или дополнительных встреч, звонков между психотерапевтическими сеансами, уменьшение или увеличение длительности сеансов по просьбе пациента).

2. ГАШЕНИЕ ЦЕЛЕРЕЛЕВАНТНОГО НЕАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Поведенческие реакции угасают при устранении подкрепляющих факторов, поддерживающих данное поведение. Терапевт должен определить, какие именно подкрепляющие факторы обеспечивают сохранение определенного неадаптивного поведенческого паттерна, затем систематически устранять эти факторы после того. как поведение имело место. При равенстве прочих условий терапевту не следует подкреплять высокоприоритетное неадаптивное поведение, выбранное целью для гашения. Необходимо помнить, что специфические приоритеты для причинно-следственного управления определены иерархией целей и принципами формирования, или шейпинга, которые рассматриваются ниже. Однако как только принимается решение о гашении поведения, терапевт не должен прекращать гашение даже в том случае, если возникает целевое поведение более высокой приоритетности.

Поскольку гашением легко злоупотребить, терапевту полезно помнить о том. что не все виды поведения подкрепляются их последствиями. Некоторые виды поведения, наоборот, вызваны предшествующими событиями. Например, ребенок плачет, занозив палец, и перестает плакать, когда занозу извлекают. Разумно ли будет предположить, что плач подкрепляется извлечением занозы из пальца ребенка? Возможно, но более разумным будет предположение, что плач автоматически вызывается занозой. Разумно будет вытащить ее из пальца ребенка, а не оставлять там, чтобы не подкреплять плач. (Возможно, с точки зрения вероятности выживания, именно это заставляет людей плакать после болезненных событий. Младенцы. которые плачут или кричат от боли или при опасности, имеют больше шансов на получение помощи и, соответственно, больше шансов выжить и передать свои гены потомкам.) Для выяснения факторов, поддерживающих определенное неадаптивное поведение, ничто не может заменить хорошего поведенческого анализа.

Этот вопрос, особенно в применении к суицидальному поведению, подробнее обсуждается в главе 15.)

Тем не менее многое в поведении человека, включая различные виды неадаптивного поведения индивидов с ПРЛ, поддерживается последствиями. Идея о необходимости сдерживания подкрепления вслед за поведением, выбранным в качестве целевого для гашения, может показаться простой и самоочевидной, но практическое ее воплощение может представлять невероятно трудную задачу, особенно при работе с суицидальными индивидами. Причина этих трудностей в том, что многие виды поведения, намеченные как цель для гашения, контролируются двумя типами терапевтических последствий: результатом поведения будет подкрепление результатов межличностного взаимодействия и/или обеспечение возможностей для избегания неприятных ситуаций. С точки зрения межличностного взаимодействия, такие виды поведения могут применяться для коммуникации, получения помощи, сохранения близости (или поддержания дистанции), получения необходимых или желаемых ресурсов, мести и т.п. Кроме того, эти виды поведения часто отвлекают внимание пациента от болезненных событий и ситуаций или способствуют их прекращению. Проблемное поведение пациентов с ПРЛ часто функционирует вполне эффективно. Психиатры (включая тех специалистов, с которыми пациент имел дело прежде), члены семьи и другие близкие люди часто ненамеренно подкрепляют (обычно периодически) именно то поведение, которое терапевт и пациент пытаются искоренить.

Например, пациентка умоляет о госпитализации, поскольку чувствует, что не в силах бороться с проблемами. Если терапевт отказывает, поскольку верит в ее силы, а потом все-таки уступает пациентке, когда та угрожает наложить на себя руки, это приводит к непреднамеренному (и обычно не осознаваемому ни пациенткой, ни терапевтом) повышению вероятности и интенсивности суицидальных побуждений и угроз в будущем. Если позиция беспомощности или не поддающаяся контролю эмоциональность пациентки заставляет терапевта обращать больше внимания или больше помогать ей, чем когда она обращается к терапевту с адекватной и прямой просьбой, то тем самым подкрепляется беспомощность и эмоциональность, которые специалист пытается уменьшить. Если при обсуждении трудного или болезненного вопроса, которого пациентка пытается избежать, терапевт сменит тему или станет потакать пациентке, когда та будет замыкаться, отстраняться или критиковать личные качества специалиста, такое поведение пациентки (при равенстве прочих условий) непременно будет усиливаться.

И наоборот, если терапевт не подкрепляет эти виды поведения, обеспечивается эффективный режим гашения. Такой подход сопряжен с определенными предсказуемыми последствиями. Во-первых, хотя со временем поведение должно ослабевать, в начальном периоде (и время от времени в дальнейшем) будет наблюдаться поведенческий “взрыв”. Гашение оказывает парадоксальный эффект временного усиления, повышения интенсивности и частоты нежелательного поведения. Во-вторых, если прежде данное поведение использовалось для удовлетворения важных потребностей индивида или для прекращения негативных состояний и если индивид не в состоянии заменить данное поведение другим, столь же эффективным, терапевт ожидает некоторой дезорганизованности или интенсификации общего поведения пациента. Индивид может подбирать другие, эквивалентные виды поведения, которые способ-

ны заменить прежние; если и это не удается, индивид может отреагировать неадекватными эмоциями и мышлением, а его поведение может стать хаотическим.

Решающее значение имеет то, как специалист отреагирует на эти реакции пациента. Если поведение пациента представляет проблему для специалиста или, по мнению терапевта, способно нанести непоправимый вред пациенту, очень соблазнительно временно приостановить гашение. В описанных выше ситуациях очень трудно сохранить твердость и не согласиться на госпитализацию пациентки, которая угрожает самоубийством; не обеспечить больше внимания, помощи и заботы пациентке, не способной контролировать свои эмоции; не изменить или не переориентировать психотерапевтические сеансы при отчуждении или агрессии пациентки. Хотя иногда такие реакции терапевта необходимы и дают кратковременный положительный эффект, их влияние на благополучие пациента в долгосрочном плане может быть ятрогенным. Если эти реакции выступают подкрепляющими факторами для данного пациента, выбранное в качестве цели для гашения поведение становится еще более устойчивым и более вероятным в будущем. Кроме того. если подкрепляющая реакция следует за поведенческим "взрывом" либо дезорганизованным, экстремальным или хаотическим поведением, это также усугубляет негативное поведение. Когда дело касается суицидального поведения, исход может быть трагическим.

Различные факторы способны повысить вероятность того, что терапевт нарушит режим гашения. Если прежде настойчивость и обостренные реакции пациента вознаграждались, его поведение может истощить силы и терпение терапевта. Это наиболее вероятно в том случае, если терапевт устал, перенапряжен или вышел за пределы собственных возможностей. Нарушение режима гашения и уступки пациенту возможны также в том случае, если терапевт не уверен в своем терапевтическом плане, не провел должную оценку поведения пациента или чувствует вину из-за того, что не удовлетворяет очевидные потребности или желания последнего. Уступки пациенту обычно имеют место в том случае, когда процесс гашения вызывает более интенсивные проявления боли и страданий, чем может выдержать терапевт, или же если пациент угрожает терапевту своим поведением (например, терапевт боится, что пациентка покончит с собой или нанесет себе серьезные увечья). Пациенты с ПРЛ часто угрожают суицидом, требуя от терапевта немедленных действий для облегчения своих страданий. Если терапевт "сдается", проявления боли и угрозы ослабляются, что успокаивает как терапевта, так и пациента.

Терапевт может предпринять определенные действия, чтобы облегчить процесс гашения и для себя, и для пациента. Это очень важно — в противном случае одна из сторон может не выдержать и досрочно прекратить терапию. Режим гашения должен быть направлен на целевое поведение, а не на пациента. Задача — разрушить взаимосвязь между целевым поведением и подкрепляющими последствиями: такая цель не обязательно подразумевает абсолютное устранение этих последствий. При этом используются две стратегии: нахождение других видов поведения для их подкрепления и поддержка.

1. *Нахождение других видов поведения для их подкрепления.* Первая стратегия — вовлечь пациента в такое поведение, которое можно подкреплять взамен подлежащего гашению. Согласно принципам формирования, или шейпинга, которые

будут обсуждаться позднее, пациента нужно заставить делать что-то немного лучше, чем обычно, а затем быстро применить подкрепление. Когда дело касается пациентов с ПРЛ, может потребоваться интенсивное использование стратегий решения проблем в сочетании с неиссякаемым терпением, однако в случае настойчивости как терапевта, так и пациента обязательно появятся поведенческие улучшения. (По крайней мере, улучшения появятся после того, как пациент поймет, что терапевт не собирается идти на уступки и подкреплять поведение, которое, по мнению обеих сторон, подлежит устранению.) Долгосрочная задача — установить связь между адаптивным поведением решения проблем и более подкрепляющими последствиями, чем те, которые связаны с неадаптивными видами поведения.

2. *Поддержка.* В режиме гашения необходима валидация желаний и потребностей пациента, а также участливое признание трудностей терапии со стороны специалиста. Проблема скорее заключается не в том, чего хочет или в чем нуждается пациент, а в том, как он этого добивается. Поэтому терапевт должен приправлять гашение большой дозой поддержки и эмпатии. Эта задача может показаться терапевту необычайно трудной — особенно тому, который чувствует вину из-за необходимости отказывать пациенту в его желаниях и потребностях. Некоторые терапевты пытаются справиться со своими болезненными чувствами, эмоционально отдаляясь от пациентов, т.е. ведут себя подобно индивидам с ПРЛ, впадая в крайности — или все, или ничего. Возможная тактика — переносить страдания вместе с пациентом, продолжая гашение поведения. (Пример — отец, который в наказание шлепает ребенка и говорит, что ему самому при этом больнее, чем ребенку.) Можно применить ориентирующие и дидактические стратегии, а также стратегии обязательств. Зачастую пациент воспринимает гашение как нечто искусственное и эмоционально отдаляющее; в этом случае полезно объяснить ему, зачем используется гашение, а также возобновить обязательства пациента по работе над целевым поведением.

Из сказанного выше можно сделать три главных вывода. Во-первых, когда к пациенту начинает применяться режим гашения, терапевт должен найти в себе мужество и обязаться его поддерживать. Во-вторых, при гашении поведения, имеющего функциональное значение для индивида, терапевт должен помочь пациенту найти другое, более адаптивное поведение, которое будет функционировать так же или даже лучше, и обязательно подкреплять новое поведение. В-третьих, применяя к пациенту режим гашения, терапевт должен его поддерживать. Гашение — это не средство наказания пациента.

3. ПРИМЕНЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ПОДКРЕПЛЕНИЯ... С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Когда применять отрицательное подкрепление

Как я уже упоминала, наказание заключается в сопровождении поведенческих реакций отрицательным подкреплением. Например, применение к индивиду чего-либо такого, чего он не хочет, и лишение его чего-либо, чего он желает, будет отрицательным подкреплением для большинства. Однако, как и в случае с положитель-

ным подкреплением, влияние любого специфического последствия зависит от конкретной ситуации, целевого поведения и других контекстуальных характеристик. Событие, которое будет отрицательным подкреплением в одном контексте или ситуации, может не быть таковым в других случаях. Опять-таки, как и в случае положительного подкрепления, определение наказания будет функциональным или процедурным, и событие или результат квалифицируется как отрицательное подкрепление (и процедура в целом квалифицируется как "наказание") только в том случае, если этот результат подавляет некоторое поведение в конкретной ситуации.

Разница между гашением и наказанием иногда очень тонкая, но имеет большое значение. При гашении устраняются последствия, подкрепляющие определенное поведение; при наказании устраняются благоприятные условия, прежде не связанные с подлежащей наказанию реакцией (или добавляются нежелательные условия). Например, если парасуицид в условиях стационарной клиники подкрепляется вниманием персонала, то игнорирование пациента после парасуицидальных действий будет гашением; лишение желаемых привилегий или публичное унижение пациента будет наказанием.

Иногда отрицательное подкрепление — единственный способ устранения целевого неадаптивного поведения. Оно применяется в ДПТ в двух случаях. *Во-первых*, когда последствия, подкрепляющие целерелевантное, высокоприоритетное поведение, не поддаются контролю терапевта, а другие сильные подкрепляющие факторы недоступны, т.е. неадаптивное поведение не поддается гашению, а альтернативного поведения для подкрепления нет. Например, "пограничное" поведение может моментально и эффективно ослабить или прекратить болезненные эмоции, мысли или ситуации либо привести к возникновению приятных эмоций и мыслей; способствовать желанной госпитализации (или помочь добиться выписки из клиники), получению денежного пособия из общественных фондов; создать выход из трудной ситуации; обеспечить валидацию и выражение заботы или участия со стороны других людей. Когда эти результаты находятся вне контроля терапевта и в то же время оказывают более сильное влияние, чем другие эквивалентные подкрепляющие факторы, которыми располагает терапевт, может быть необходимым применение отрицательного подкрепления. *Во-вторых*, отрицательное подкрепление применяется в том случае, если неадаптивное поведение препятствует всем другим адаптивным видам поведения, т.е. когда нет никакого другого поведения, которое можно было бы подкреплять. Это особенно вероятно в том случае, если проблемное поведение в определенной ситуации возникает более или менее автоматически. Например, одна из пациенток нашей программы временами была настолько агрессивна по отношению к специалисту, что невозможно было проводить терапевтическую работу. Это поведение оказалось автоматически обусловленной реакцией на некоторые темы, затрагиваемые на психотерапевтических сеансах. Враждебное поведение пациентки было настолько сильным, что практически не оставляло места для позитивного поведения, которое можно было бы подкрепить. В данной ситуации терапевт реагировала прекращением сеанса, если пациентка не могла совладать со своим враждебным, агрессивным поведением в течение 20 минут.

Неодобрение, конфронтация и прекращение доброго отношения как отрицательное подкрепление

Критика, конфронтация и прекращение одобрения и доброго отношения со стороны терапевта могут быть чрезвычайно нежелательны для среднестатистического пациента с ПРЛ. (Ниже приводятся предостережения относительно интенсивности таких последствий.) Действительно, это подкрепление может быть настолько отрицательным, что терапевту следует применять его не только с большой осторожностью, но очень малыми дозами и только кратковременно. Часто то, что терапевт считает, например, только незначительным замечанием, воспринимается пациентом не только как критика всей его жизни, но и как угроза прекращения терапии. Поэтому немедленными последствиями могут быть сильный стыд и столь же сильный страх оставления. Хотя в некоторых случаях терапевт может добиваться именно такого уровня наказания, обычно подобные последствия неадекватно сильны для данного поведения. Выражение фрустрации или отчаяния может быть гораздо эффективнее, чем выражение гнева. Гнев терапевта может настолько беспокоить пациента, что вызывает эмоциональную дезорганизацию и дисфункциональность — возможно, еще более интенсивную, чем прежде. (И наоборот, для некоторых пациентов гнев терапевта действует как подкрепляющий фактор, сообщая о том, что терапевту “не все равно”, раз уж он гневается.) При использовании отрицательного подкрепления в межличностной сфере терапевт должен проявлять осторожность и постоянно анализировать его эффективность.

Однако при надлежащей осмотрительности разумная доза неодобрения, конфронтации или эмоционального отдаления может быть весьма эффективной. Иногда в распоряжении терапевта просто нет других действенных реакций. Существует несколько способов представления негативных мнений и эмоциональных реакций. Можно использовать стратегии реципрокной и негативной коммуникации, которые будут рассматриваться в главе 12. Например, терапевт может сказать: “Если вы *X*, то я чувствую или делаю *Y*” (где *X* означает проблемное поведение, а *Y* — нежелательную для пациента реакцию терапевта). Или, в более негативном стиле, специалист может ответить угрожающему суицидом пациенту: “Если вы покончите с собой, то я уже не буду вашим терапевтом”.

Если терапевт отвечает на целерелевантное неадаптивное поведение пациента неодобрением, конфронтацией или эмоциональным отдалением, очень важно восстановить положительную межличностную атмосферу после любого проявления улучшений, даже если положительные изменения минимальны и едва различимы. Поведенческие улучшения должны сопровождаться одобрением, похвалой и теплым отношением терапевта, иначе пациент может сделать вывод (вполне обоснованный, хотя иногда несколько преувеличенный), что специалисту невозможно угодить. Разумеется, иногда поведение пациента настолько болезненное для терапевта и вызывает такую фрустрацию, что клиницист просто не в состоянии ответить эмоциональной теплотой, даже если пациент попытается исправить ситуацию. В этих случаях естественное подкрепление негативного поведения пациента продолжается дольше, чем терапевт, а иногда и сам пациент того хотели бы. Хорошая стратегия в сложившемся положении — обсудить проблему с пациентом в открытой и толерантной манере. Само по себе обсуждение — шаг к изменению

взаимоотношений, поэтому, скорее всего, оно будет способствовать подкреплению поведенческих улучшений пациента.

Коррекция и перекоррекция как отрицательное подкрепление

Первый и самый важный принцип при использовании отрицательного подкрепления заключается в том, что "наказание" должно соотноситься с "преступлением": и, во-вторых, что пациент должен располагать возможностью для избежания или прекращения этого наказания. Техника коррекции–перекоррекции соответствует обоим критериям (обзор этой процедуры можно найти в: *Cannon, 1983*; а также *Mackenzie-Keating & McDonald, 1990*). Кроме того, эта процедура обычно очень удобна для терапевта.

Процедура коррекции–перекоррекции включает три этапа. Во-первых, после случая проблемного поведения терапевт лишает пациента положительного подкрепления, не удовлетворяет желания пациента или добавляет отрицательное подкрепление. Наиболее эффективное подкрепление — то, которое усиливает естественные. но нежелательные (для пациента) результаты поведения. Во-вторых, терапевт требует от пациента новое поведение, которое не только исправляет результаты неадаптивного поведения, но, более того, *пере*исправляет их. Терапевт дает пациенту вразумительные инструкции, обосновывает принципы коррекции–перекоррекции. объясняет положительные последствия этой процедуры. Требуемое откорректированное поведение, таким образом, диалектически взаимосвязано с проблемным поведением. В-третьих, как только появляется новое "корректированное–перекорректированное" поведение, терапевт немедленно прекращает наказание — устраняет отрицательное подкрепление или ликвидирует эмоциональную дистанцию. Таким образом, пациенту предоставляется возможность прекратить наказание. Трудность здесь заключается в том, что результаты и поведение перекоррекции должны быть отрицательным подкреплением и в то же время не тривиальными и связанными с тем поведением, которое терапевт хочет сформировать.

Акцент ДПТ на участии пациента, совершающего парасуицидальные действия в промежутках между психотерапевтическими сеансами, в подробном поведенческом анализе и анализе решений перед обсуждением прочих тем может служить примером коррекции–перекоррекции. Продление отрицательного подкрепления — одно из проявлений естественной заботы терапевта о пациенте, желания устранить проблемное поведение последнего. Если человек чувствует себя настолько несчастным, что прибегает к парасуицидальным действиям, ответственный терапевт не может закрывать на это глаза. Поэтому специалист настаивает на том, чтобы заняться данной проблемой. Процедуры коррекции–перекоррекции относятся к поведенческому анализу и анализу решения проблем. Хотя многие пациенты с ПРЛ охотно обсуждают проблемы, которые способствовали их парасуицидальному поведению, очень немногим нравится обсуждать события и поведение, которые непосредственно привели к парасуицидальной реакции; почти для всех пациентов это носит характер отрицательного подкрепления. С другой стороны, обычно находится такая тема, на которую пациенты готовы говорить. Возможность разговаривать о других вещах, помимо суицида и парасуицида, выступает подкрепляющим фактором. Одна из моих пациенток, которая регулярно совершала суицидальные

попытки, принимала повышенные дозы медикаментов и наносила себе увечья, внезапно, после шести месяцев терапии, прекратила суицидальные и парасуицидальные действия. Я поинтересовалась у нее, что случилось. Пациентка ответила, что поняла: если она не остановится, то не сможет говорить со мной ни о чем другом, кроме своего негативного поведения.

Подобная стратегия используется при тренинге навыков. Например, если пациент не выполняет домашнюю работу, терапевт начинает подробный, в эмпатическом ключе анализ факторов, помешавших пациенту сделать домашнее задание. При групповой терапии членов группы побуждают предлагать свои идеи относительно того, как противостоять этим факторам. Если пациент вообще отказывается от сотрудничества, терапевт может прибегнуть к полному анализу его тенденции к сопротивлению — также в участливой, доброжелательной манере. Одна из пациенток приходила на тренинг навыков в некоем эмоциональном "тумане", утверждая, что она забыла о домашнем задании или была не в силах заниматься им. Однажды, после нескольких бесплодных месяцев, она начала говорить о своих попытках самостоятельной отработки навыков. Отработка ею навыков, как и взаимодействие с другими членами группы, интенсифицировалась, и через некоторое время она сравнялась с другими членами группы. Индивидуальный терапевт этой пациентки спросил у нее, что случилось. Ей надоело, ответила она, что время групповой терапии тратилось на обсуждение того, почему она не выполняла самостоятельные задания. Она решила, что будет проще выполнять их.

Коррекция–перекоррекция — пример использования как пряника, так и кнута. Взаимодействие с терапевтом часто играет роль пряника, а стратегия коррекции–перекоррекции — кнута. Одна из пациенток, покидая вечерний психотерапевтический сеанс, срывала со стены предметы и воровала вещи, принадлежавшие персоналу клиники. Она не только превысила предел терпимости терапевта, но и нарушила правила клиники (тема, которая будет обсуждаться позже), — явный случай препятствующего терапии поведения. Последствия заключались в следующем: от пациентки не только потребовали вернуть украденные ею вещи, но и внести определенную сумму для оплаты ночного охранника. Пряником были новые психотерапевтические сеансы. При подобном нарушении другая пациентка должна была заделывать многочисленные дыры в стенах, которые она пробила ногой, и заново красить стены. Как только дыры были заделаны, психотерапевтические сеансы возобновились. Одна из моих пациенток (при моем попустительстве) взяла за правило звонить мне по вечерам, угрожая самоубийством и ведя себя так агрессивно, что я боялась возвращаться домой и подумывала о том, чтобы отказаться от этой пациентки. В конце концов вместо этого я ограничила доступ для пациентки, сократив время телефонного общения с ней до двух звонков и 20 минут в неделю. Более того, я сказала пациентке, что от нее требуется не только такая коррекция поведения, которая изменит мое отношение к телефонным беседам с ней на положительное, но и перекоррекция, чтобы я сама хотела общаться с ней по телефону. Как только она этого добьется, сказала я, правила изменятся. Пациентке потребовался год, но в конце концов она выполнила мои условия.

"Отпуск от терапии" как отрицательное подкрепление

Еще один принцип применения наказания состоит в том, что оно должно быть достаточно сильным, чтобы оказывать необходимое воздействие. Высшая мера наказания в терапии — ее прекращение, и это последствие некоторым пациентам с ПРЛ приходилось переживать по несколько раз. Многие стационарные психиатрические отделения и отдельные психиатры ставят четкое условие: если определенное поведение будет иметь место более одного раза, терапия прекратится. Парасуицидальные действия, особенно с исходом, близким к летальному, — типичный пример поведения, которое автоматически влечет прекращение терапии. Еще примеры: обращение к другому специалисту, несанкционированная госпитализация, принос оружия на психотерапевтический сеанс, нападение на терапевта и т.д.

ДПТ не одобряет одностороннего прекращения терапии. Прерывание терапии лишает психотерапевта всяких шансов на помощь пациенту, который в ней нуждается. Вместо прекращения терапии в ДПТ используется компромиссная стратегия — "отпуск от терапии". Она применяется как для целерелевантного, так и предельно релевантного поведения. При этом необходимы два условия: 1) неэффективность прочих возможностей и 2) поведение или дефицит поведения настолько серьезны, что нарушают терапевтические или личные границы терапевта. "Терапевтические границы" означают границы, в которых терапевт способен проводить эффективную терапию. "Личные границы", как уже упоминалось в этой главе, — это рамки, в которых терапевт готов работать с данным пациентом. "Отпуск" может применяться в том случае, если сам специалист не хочет продолжать терапию, пока не изменится существующее положение вещей. Условия, требующие "отпуска от терапии", будут индивидуальными для каждого специалиста и пациента.

Под "отпуском" подразумевают приостановление терапии на определенный период времени до выполнения некоторых условий или реализации обусловленных изменений. При организации "отпуска от терапии" нужно выполнять определенные требования. Во-первых, необходимо выявить поведение, подлежащее изменению, и четко сформулировать ожидания. Во-вторых, терапевт должен предоставить пациенту реальный шанс на изменение поведения и помочь его использовать. Пациенту предоставляется возможность избежать "отпуска", если он изменит свое поведение. В-третьих, специалист должен представить выдвигаемые условия как следствие своих терапевтических границ (к обсуждению соблюдения границ мы перейдем немного позже). Другими словами, терапевт должен проявить некоторое смирение и признать, что какой-то другой специалист смог бы работать с данным пациентом, не выдвигая таких условий. В-четвертых, терапевт должен вразумительно объяснить пациенту, что по истечении намеченного срока или после выполнения поставленных условий пациент сможет вернуться к терапии. В-пятых, пока пациент находится в "отпуске", терапевту следует периодически связываться с ним по телефону или по почте, поощряя обратную связь. (Получается, что терапевт сначала выгоняет пациента, а потом ждет не дождется его возвращения.) Наконец, терапевт должен порекомендовать другого специалиста, к которому пациент мог бы обратиться за советом или поддержкой во время "отпуска от терапии".

Приведу пример. После терапии с одной пациенткой в течение определенного времени я начала склоняться к мысли, что если она не обязуется работать над снижением употребления алкоголя, нам придется расстаться. Я не могла определить, чем был алкоголизм: причиной других ее многочисленных проблем или их результатом. Пациентка отказывалась бросить пить, потому что считала, что алкоголь скорее помогает ей, нежели мешает. Я дала ей три месяца, чтобы она подумала и выбрала — или я, или алкоголь. Или она работает над снижением употребления алкоголя вместе со мной, или проходит курс лечения от алкоголизма. Если она отказывается сотрудничать со мной, я не могу продолжать терапию, *однако* (именно в этом различие между прекращением терапии и "отпуском" от нее) я беру ее обратно, как только она соглашается на мои условия. Пациентка полагала, что мое давление не может заставить ее бросить пить. Это объяснение казалось вполне разумным; я предложила пациентке поговорить с другими людьми, чтобы они помогли ей принять решение, и она отправилась в "отпуск от терапии". После того как пациентку арестовали за вождение автомобиля в состоянии алкогольного опьянения, по решению суда она проходила принудительное лечение от алкоголизма, и у нее не было времени на терапию. Спустя два года, после завершения лечения, пациентка позвонила мне, и мы возобновили работу.

Другая пациентка отправилась в "отпуск", поскольку я чувствовала, что не смогу помочь ей, если она не займется какой-либо продуктивной деятельностью. Из-за тяжелой дислексии*, эпилепсии и дегенеративного нервного состояния, не говоря уже о 15-летнем "стаже" частых психиатрических госпитализаций, она жила на социальное пособие. Пациентке предстоял выбор: обучение (20 часов занятий в неделю), работа (обычная или на общественных началах) или "отпуск от терапии". Я дала ей шесть месяцев, чтобы она поступила на курсы и получила какую-нибудь специальность, а потом еще шесть месяцев, чтобы она нашла работу или продолжала обучение. Пациентка поступила на курсы за день до окончания срока. Второе условие она не выполнила и отправилась в "отпуск". Я порекомендовала ей поговорить с другим специалистом и решить, ст*о*ит ли ей продолжать работу со мной. Пациентка продолжала групповую терапию и нашла другого индивидуального терапевта. Она настолько на меня разозлилась, что отказывалась со мной говорить. В конце концов она снова попала на стационарное лечение и уговаривала персонал связаться со мной и заставить меня изменить свое решение. Раз в две-три недели я встречалась с пациенткой перед групповой терапией и говорила ей, как мне не хватает индивидуальных занятий с ней, с каким нетерпением я жду, когда она наконец займется какой-нибудь продуктивной деятельностью. Наконец, она выполнила мои условия, и терапия возобновилась.

В приведенных историях наблюдается отсутствие у пациентов поведения, которое, по моему убеждению, было существенно необходимо для проведения терапии. Что делает терапевт, если пациент активно вовлечен в поведение, чрезвычайно деструктивное для работы с ним, или если истощается готовность клинициста продолжать работу с пациентом (личные границы), а все другие процедуры изменения

---

* Дислексия (от лат. *dys* — нарушение функций, рассогласование, *lexis* — речь, слово) — форма оптической анозогнозии, характеризующаяся неспособностью понять смысл читаемого. — *Примеч. ред.*

оказываются неэффективными? Пациентка одного из наших терапевтов постоянно звонила ему и оставляла на автоответчике свои сообщения. Частота и агрессивный характер звонков некоторое время служили мишенями для стратегий причинно-следственного управления. Однажды пациентка угрожала жизни не только терапевта, но и его девятилетнего сына, который случайно взял трубку. Поведение пациентки очевидно нарушало личные границы терапевта. Ей сказали, что если такое поведение по какой-либо причине повторится, ей придется взять "отпуск от терапии". Поведение повторилось, и пациентка отправилась в "отпуск". Подключился другой специалист. Условие было следующим: пациентка имеет право вернуться к терапии, если сможет продержаться 30 дней без обращения к терапевту или его коллегам (ни по телефону, ни по почте, ни каким-либо другим образом). Соблюдение этого условия должно было убедить терапевта, что в будущем пациентка сможет контролировать свое поведение. Терапевт должен был удостовериться, что продолжение работы с ней не будет сопряжено с опасностью для его семьи.

"Отпуск от терапии" следует применять только в том случае, если негативное поведение пациента действительно препятствует работе с ним. Один из способов добиться этого — следить, чтобы поведение пациента и наказание происходили в одной и той же системе, сфере или контексте. Если поведение препятствует терапии, последняя должна быть приостановлена. Как и в диалектической технике продления, описанной в главе 7, терапевт преувеличивает или "продлевает" обычные последствия поведения пациента. Терапевту также необходимо знать, станет ли отрицательным подкреплением (и в какой мере) "отпуск от терапии". Для некоторых пациентов пропуск одной-двух недель терапии после проявления дисфункционального поведения может стать подкрепляющим фактором, поскольку им и без того стыдно показываться терапевту. Очевидно, что краткосрочный "отпуск от терапии" таким пациентам не подойдет. Для других пациентов даже одна неделя без терапии станет "наказанием" и вполне достаточным сроком для того, чтобы повлиять на их поведение. Достаточной мерой может быть даже частичный "отпуск" — например, лишение права на телефонные звонки в течение определенного периода времени (если, скажем, эти звонки носят агрессивный, оскорбительный характер). Обычно в случае чрезвычайного поведения, когда все прочие меры оказались недейственными (включая краткосрочный "отпуск от терапии"), терапевту следует подумать о том, чтобы отправить пациента в "отпуск" до конца оговоренного контрактом периода. При этом пациенту необходимо дать возможность вернуться, чтобы заключить новый контракт на прохождение терапии с тем же специалистом. В ДПТ только одна ситуация требует "отпуска" до конца контрактного периода: пропуск четырех недель запланированной терапии подряд (это правило подробнее обсуждается в главе 4).

Прекращение терапии как крайнее отрицательное подкрепление

В ДПТ, так же как и в брачных или семейных отношениях, любой окончательный разрыв отношений считается крайней мерой. Однако при некоторых обстоятельствах прекращение терапии неизбежно или даже желательно. В начале работы — до того как сформировались прочные взаимоотношения — терапевт может прекратить терапию, если считает, что другой специалист принесет пациенту больше пользы. Очевидно, это возможно только в том случае, если такого специалиста можно най-

ти. На более поздних этапах терапевтических отношений ДПТ можно прекращать до истечения контрактного периода только в том случае, если были использованы все возможности для спасения взаимоотношений, включая работу с препятствующим терапии поведением пациента, внешние консультации или консультирование пар и "отпуск от терапии". Задача в том, чтобы исправить поведение, приводящее к "выгоранию" отношений, прежде, чем это "выгорание" начнется. Однако если, несмотря на все усилия, "выгорание" все-таки произойдет, ситуация может непоправимо ухудшиться, настолько, что терапевт будет не в состоянии от нее оправиться. В таком случае лучше прекратить терапию и направить пациента к другому специалисту, чем продолжать заведомо деструктивные отношения. При этом важно помнить, что в ДПТ прекращение терапии специалистом рассматривается как неудача терапии, а не пациента.

Наказание и мстительность

Терапия пациентов с ПРЛ сопряжена с чрезвычайными стрессами; очень часто поведение, выбранное целью изменений, усугубляет эти стрессы. В таких случаях у специалистов нередко возникает мстительность и враждебность по отношению к пациентам. Однако наказание пациентов — неподходящий способ для выражения отрицательных чувств терапевта. Мой опыт показывает, что терапевту очень легко скрыть мстительность за личиной терапевтического воздействия. Принудительная госпитализация пациента (или отказ от госпитализации), предложение о направлении к другому специалисту, прекращение терапии, интенсивное медикаментозное лечение, конфронтация с пациентом, ссылки на неосознаваемые мотивы поведения пациента, уничижительные комментарии в карточке пациента — все эти меры можно объявить терапевтическими даже в том случае, если они используются вовсе не в терапевтических целях. Терапевт должен пристально следить за своим поведением и отношением к пациенту, особенно при использовании отрицательного подкрепления. Здесь особенно пригодится помощь консультативной группы по обсуждению клинических случаев.

Существуют некоторые рекомендации для оценки легитимности отрицательного подкрепления со стороны терапевта. Во-первых, наказываемое поведение должно быть целерелевантным. За исключением соблюдения границ (читайте ниже в этой же главе), ДПТ игнорирует нецелевое поведение, даже если терапевт не одобряет это поведение как человек или как специалист. Во-вторых, поведение, расположенное на нижних ступеньках иерархии целей, игнорируется в пользу высокоприоритетного поведения. Таким образом, в ДПТ клиницист не обращает внимания на многие виды неадаптивного поведения пациента. (Однако поведение, которое игнорируется на ранних этапах терапии, может стать объектом внимания на более поздних этапах.) В-третьих, если гашение или подкрепление эффективно справляется с определенным поведением, отрицательное подкрепление следует отложить. Наконец, польза должна перевешивать риск, о котором я расскажу в следующем разделе.

Побочные эффекты отрицательного подкрепления

Отрицательное подкрепление, даже при осмысленном применении, имеет важный побочный эффект, который терапевт должен принимать во внимание. Во-первых, наказание только подавляет поведение, оно не учит пациента новому поведению.

Наказание, если используется само по себе, не учит индивида тому, как решать проблемы и удовлетворять свои потребности более адаптивными способами. Как только наказание прекращается — скажем, по окончании терапии или при выписке из стационара, — наказываемое поведение имеет тенденцию сразу же возобновляться. Во-вторых, эффект наказания обычно сохраняется только тогда, когда наказывающий находится рядом с наказываемым. Могут возникнуть серьезные терапевтические проблемы, если терапевт использует наказание для контроля суицидального поведения. В-третьих, наказываемый склонен избегать и/или отстраняться от наказывающего. Поэтому применение отрицательного подкрепления в качестве терапевтической процедуры может ослабить положительные межличностные связи, необходимые для работы с пациентами с ПРЛ. Отрицательное подкрепление, особенно при работе с пограничными пациентами, может вызвать отстраненность, эмоциональную холодность, неспособность к диалогу, преждевременное прекращение терапии и суицидальное поведение (включая завершенный суицид). Ятрогенный эффект зачастую вызывается неправильным подбором наказания к определенному виду поведения. Например, жесткая конфронтация по отношению к эмоционально отстраненной пациентке вряд ли поможет ей стать более общительной. Наоборот, могут помочь комментарии по поводу последствий отстраненности: "Я знаю, что вам нелегко, но мне не удастся вам помочь, если мы не сможем вернуться к нашей беседе и продолжить работу". Побочные эффекты говорят о том, что отрицательное подкрепление должно быть последней возможностью, к которой следует прибегать терапевту.

Определение воздействия подкрепления

Терапевт не может просто *предположить*, что определенное подкрепление для пациента будет положительным, нейтральным или отрицательным. Что срабатывает для одного пациента, может не сработать для другого. Единственный способ определить воздействие конкретного подкрепления — внимательное наблюдение. Хотя терапевт может пользоваться своими теориями или предположениями, а также теориями или предположениями пациента, чтобы предложить *возможное положительное* или отрицательное подкрепление, они ничего не гарантируют. Ничто не заменит непосредственного наблюдения и экспериментирования. Потенциальные подкрепляющие факторы варьируются не только от пациента к пациенту, но и в зависимости от контекста ситуации для одного и того же индивида. Такая изменчивость становится источником трудностей и фрустрации для терапевта. Похвала, доброта, советы, опека, направляющее ободрение, вера в пациента, контактность и доступность могут быть или не быть подкрепляющими в зависимости от состояния пациента и событий (т.е. контекста ситуации) в данный момент времени. Таким образом, терапевту и пациенту полезно вместе изучать не только положительное или отрицательное воздействие различного подкрепления, но и условия, в которых это воздействие проявляется.

Похвала как подкрепляющий фактор

Суицидальные индивиды и пациенты с ПРЛ часто одновременно страстно желают похвалы и очень боятся ее. Этот страх может выражаться непосредственно либо

опосредованно (просьбами не хвалить, сомнениями относительно заслуженности похвалы терапевта и т.п.). Иногда после похвалы пациенты прибегают к более дисфункциональному поведению. Эта нелюбовь к похвале объясняется разными причинами. Пациент может бояться того, что похвала означает скорое окончание терапии. Появляется страх оставления. Или же пациент может истолковать похвалу как попытку терапевта "избавиться" от него, в результате чего у пациента возникает гнев или начинается паника. Пациент может опасаться того, что после похвалы терапевт начнет требовать от него больше, чем то, на что он способен. Это вызывает страх неудачи или боязнь разочаровать терапевта. В других случаях похвала может восприниматься как отказ терапевта признавать вполне реальные трудности пациента и неудачи в других сферах. Пациент в такой ситуации переживает чувство неприятия и непонимания. Общая тема во всех этих вариациях — страх пациента остаться наедине с собственным бессилием, необходимость действовать без поддержки терапевта и полагаться на себя, когда он еще к этому не готов.

Страх пациента перед похвалой может подкрепляться несколькими факторами. В прошлом похвала могла ассоциироваться с прекращением дальнейшей помощи и поддержки или наказанием за неудачу в аналогичной ситуации. В таком случае похвала за успех или правильное выполнение задачи, когда пациент не уверен в повторном успехе, сигнализирует о предстоящем отсутствии необходимой помощи и угрозе наказания. Одна из моих пациенток, с которой я проводила тренинг навыков, почти никогда не давала мне возможности похвалить ее, всегда говорила, что она не занимается отработкой нового поведения, чувствует себя более несчастной, чем когда-либо, и собирается покончить с собой. Любая попытка похвалы встречалась протестом и заверениями, что я ее не поняла. Примерно шесть месяцев спустя я начала сомневаться в том, что программа эффективна для данной пациентки и ее стоит продолжать. Тогда пациентка продемонстрировала мне, чему она в действительности научилась, и сказала, что не хотела признаваться, чтобы я не прекратила проведение тренинга навыков.

Пациенты с ПРЛ часто устанавливают для себя неоправданно высокие стандарты. В результате, не выполняя намеченного, они считают, что не заслужили похвалы. Любой человек может сделать то, за что терапевт хвалит пациентов, поэтому похвала воспринимается ими как отражение несостоятельности. Это особенно вероятно в том случае, если объектом похвалы стало действительно тривиальное поведение или же похвала звучит неискренне. В результате могут возникнуть чувства вины и/или унижения, которые сопровождаются направленным на себя гневом и, в некоторых случаях, парасуицидальными действиями. Терапевт должен учитывать этот и другие отрицательные последствия похвалы и противодействовать им. Например, он может исследовать нереалистичные ожидания пациента по отношению к самому себе. Можно применить анализ "должен" (подробнее об этом читайте в главе 8), а также стратегии когнитивной модификации (глава 11).

В целом неспособность принять уместную похвалу следует рассматривать как препятствующее терапии поведение и анализировать и заниматься ею именно с этой точки зрения. Терапевт должен обсуждать с пациентом последствия неспособности принимать похвалу как в терапевтическом контексте, так и вне его. Стратегия терапевта в данной ситуации будет заключаться в том, чтобы продолжать

хвалить пациента, когда это уместно, — т.е. предоставлять позитивную обратную связь, если пациент демонстрирует прогресс или положительные поведенческие изменения. Но чтобы эта стратегия сработала, терапевт ни в коем случае не должен сочетать похвалу с отрицательным подкреплением. Поэтому за похвалой не должно следовать отчуждение терапевта или ограничение контактов. После того как я хвалю пациента, я заверяю его в том, что помню о других его трудностях и проблемах, над которыми необходимо работать. Терапевту также нужно быть особо внимательным, чтобы после похвалы не предъявлять завышенные требования к пациенту. Например, если сначала терапевт похвалит пациента за то, что он справился с очень трудной ситуацией, не прибегая к парасуицидальным действиям, а в следующий раз, после суицидальной попытки, будет отчитывать пациента за то, что он якобы не хочет исправить свое поведение (хотя мог бы, как известно терапевту), это подкрепит страх пациента перед похвалой.

Продолжительное применение похвалы в атмосфере, которая не подкрепляет страха, стыда или гнева (т.е., по сути, терапевтическая экспозиция), должно в конце концов изменить валентность похвалы с отрицательной на положительную. Сочетание похвалы с другими видами позитивного терапевтического поведения в конечном счете будет этому способствовать, и обучение подкреплению через похвалу очень важно для пациента. Похвала — один из наиболее часто применяемых в повседневной жизни факторов социального подкрепления, а человек, для которого похвала выступает отрицательным подкреплением либо чем-то нейтральным, находится в невыгодном положении.

Дальнейшие комментарии относительно межличностных возможностей

В главе 5 я обсуждала два типа пациентов — "привязчивые" и "мотыльки". "Привязчивый" пациент безо всяких трудностей устанавливает тесные и глубокие отношения с терапевтом. При работе с пациентами этого типа душевная теплота, одобрение и эмоциональная близость, скорее всего, будут иметь сильный подкрепляющий эффект. И наоборот, близкие терапевтические отношения могут не быть подкрепляющими для пациентов-"мотыльков". Для этих пациентов терапевтическая близость порой носит характер отрицательного подкрепления. Это вызвано либо определенными факторами, относящимися к сфере отношений с данным терапевтом, либо отражает проблемы более общего характера в сфере межличностной близости вообще. Например, пациентка-подросток может стремиться к достижению независимости от всех взрослых, включая взрослого терапевта. Поэтому поведение терапевта, сигнализирующее о слишком большой степени близости, может быть непродуктивным.

Самое главное здесь, как и в других процедурах причинно-следственного управления, — внимательно следить за тем, какое влияние оказывают на поведение пациента межличностная близость и душевная теплота. Мне кажется удобным заимствовать теорию точки равновесия из области регуляции веса и применить ее к межличностным отношениям. Эта теория заключается в том, что регуляция веса каждого индивида привязана к определенной "точке равновесия". Это вес тела, который организм стремится удержать относительно неизменным (плюс–минус четыре килограмма). Если вес тела превышает "точку равновесия", метаболизм ускоряется, чтобы вернуть к ней вес тела, аппетит индивида снижается, он меньше ест. Если

масса тела ниже “точки равновесия”, человек испытывает голод и не может думать ни о чем, кроме еды, метаболизм организма замедляется, чтобы предотвратить дальнейшую потерю веса. Точно так же в межличностных отношениях для каждого индивида существует определенная “точка равновесия” близости, в которой он чувствует себя комфортно и которую он будет, так сказать, отстаивать. При превышении “интервала” близости со стороны других людей индивид увеличивает дистанцию, стремление окружающих достичь большей степени близости воспринимается как вторжение. Даже незначительные попытки партнеров по отношениям преодолеть “точку равновесия” близости воспринимаются как угроза. При недостаточной близости индивид сокращает дистанцию, доброта и близость других людей оказывают эффект положительного, а холодность и отчужденность, наоборот, — отрицательного подкрепления. При этом даже выраженное стремление партнеров по отношениям к близости будет казаться недостаточным. Часто озвучиваемые жалобы терапевтов на то, что их пациенты в этом отношении “ненасытны”, отражают описанное явление. Я подозреваю, что это редко соответствует действительности, если вообще соответствует. С моей точки зрения, “привязчивые” пациенты и пациенты-“мотыльки” отличаются “точками равновесия” межличностной близости. “Привязчивый” пациент, достаточно долго находясь в безопасных, теплых, прочных терапевтических отношениях, в конце концов расслабится и “отвяжется” от терапевта — подобно тому, как истощенный человек, получив достаточное количество пищи и набрав соответствующий своей “точке равновесия” вес, перестанет испытывать чувство голода. Пациент-“мотылек”, если ему предоставить достаточную свободу действий, не наказывать за то, что он норовит “упорхнуть” из рук терапевта, и не наказывать при возвращении, в конце концов станет более “привязанным”.

Принципы насыщения

Аналогия с “точкой равновесия” обосновывает второй важный принцип, который применяется к похвале (о чем мы говорили выше), а также к другим подкрепляющим факторам: потенциальная эффективность любого подкрепляющего фактора зависит от того, получил индивид необходимую или желаемую дозу подкрепления или нет. Проще говоря, “насытился” ли индивид тем, что ему предлагается? Пища вряд ли будет действенным фактором подкрепления для человека, который только что вкусно и плотно пообедал. Обильная похвала, свобода, душевное тепло, общение и т.п. не подействуют, если человек ими пресытился. Секрет в том, чтобы соблюсти меру, чтобы остановиться на “как раз достаточно”. К сожалению, и в этом случае можно действовать только методом проб и ошибок и внимательно наблюдать за тем, какое количество будет означать “как раз достаточно” для каждого пациента. Этот принцип также показывает, что если терапевт предлагает “хорошего сверх меры”, подкрепляющее воздействие будет ослабевать.

Преимущество естественного подкрепления по сравнению с искусственным

Если это возможно, следует отдавать предпочтение естественному подкреплению, а не искусственному. Естественным подкреплением следует считать то, которое вытекает из повседневного поведения, выступает его закономерным результатом. Такое

подкрепление обусловлено скорее внутренним состоянием и характеристиками поведения, чем внешними факторами. Улыбка, кивок головой, шаг навстречу — все это естественное подкрепление действий нашего собеседника, который сказал что-то приятное. Пресловутая конфетка в качестве вознаграждения — пример искусственного подкрепления. Предоставление человеку того, о чем он просит, — естественное подкрепление эффективного уверенного поведения. Похвала без предоставления просимого — искусственное подкрепление, гораздо менее эффективное.

Естественное подкрепление используется по двум причинам. Во-первых, пациенты отдают ему предпочтение, во-вторых, оно действует эффективнее. Относительно предпочтений могу сказать, что индивиды с ПРЛ очень чутко реагируют на искусственное подкрепление, чрезвычайно не любят его и относятся к нему с недоверием. Многие конфликты между терапевтом и пациентом возникают именно из-за неразумности подкрепления, особенно отрицательного. Чем более искусственный характер имеет подкрепление, тем труднее пациенту воспринимать его как результат своего поведения. Наоборот, пациент склонен воспринимать такое подкрепление как результат определенных действий или качеств терапевта либо особенностей терапии, но никак не собственного поведения. Пациент может воспринять поведение терапевта как авторитарное или отстраненное, или недостаточно искреннее. Взаимосвязь между подкреплением и поведением — существенная составляющая научения — теряется.

Естественное подкрепление также более эффективно потому, что оно обеспечивает генерализацию. Поведение, контролируемое искусственным подкреплением, имеет меньше шансов генерализоваться на другие ситуации, поэтому можно ожидать поведенческого регресса или утраты наработанных поведенческих навыков. В стратегии межличностных последствий и технике коррекции–перекоррекции, описанной выше, этот принцип учитывается. Межличностные реакции терапевта — как положительные, так и отрицательные — будут расцениваться как естественные, пока они искренни либо характерны (в разумной мере) для других людей. Соблюдение границ (эта тема обсуждается ниже) и стратегии реципрокной коммуникации (подробнее об этом — в главе 12) также отражают предпочтение естественного подкрепления.

Однако зачастую искусственное подкрепление — единственный эффективный инструмент в арсенале терапевта. В таком случае терапевт должен сочетать искусственное подкрепление с более естественным. Когда пациент научится ассоциировать искусственные подкрепляющие факторы с естественными, терапевт сможет постепенно отказаться от искусственного подкрепления. Смысл здесь в том, чтобы повысить эффективность естественного подкрепления путем его сочетания с привлекательным для пациента искусственным подкреплением. (Эта идея уже озвучивалась при обсуждении похвалы.) Возвращаясь к упомянутой выше ситуации с уверенным поведением, можно сказать, что сочетание похвалы и предоставления пациенту просимого было бы примером сочетания искусственного и естественного подкрепления.

Принципы формирования (шейпинга)

При формировании, или шейпинге, подкрепляется постепенное приближение к целевому или заданному поведению. Формирование требует от терапевта расчле-

зения желаемого поведения на отдельные этапы и последовательного обучения пациента каждому этапу поведения. Формирование существенно необходимо при работе со всеми категориями пациентов, но с пограничными пациентами особенно, ввиду их истории беспомощности и пассивности. Попытки добиться адаптивного поведения от таких пациентов без подкрепления небольших шагов навстречу целевому поведению не будут иметь успеха. Это все равно, что обещать альпинистам пышный банкет, если они смогут покорить вершину, и не давать им еды, пока они совершают восхождение.

Шейпинг относится к поведению, которого терапевт хочет добиться от пациента и которое охотно подкрепляет. Неспособность окружения обучить пациента более адаптивному поведению можно объяснить, по крайней мере частично, неспособностью проводить формирование. Ожидания окружения в этом случае превышают возможности пациента. В результате прогресс пациента часто наказывается, потому что он недостаточен, вместо того чтобы подкреплять его, поскольку он является улучшением по сравнению с прошлым поведением. Нереалистичные стандарты пациентов с ПРЛ, о которых я часто упоминаю, выступают еще одним результатом неиспользования принципов формирования.

Полезно представить прогресс пациента в виде континуума, который начинается с точки в начале терапии и заканчивается конечной точкой, т.е. целевым поведением. Подкрепление, наказание или игнорирование целерелевантного поведения будет зависеть от 1) точки нахождения пациента на континууме в данный момент, 2) способности пациента продвинуться по континууму в направлении конечной точки и 3) требований ситуации. Если пациент продвинулся вперед — т.е. наблюдается прогресс в его поведении, — необходимо применить положительное подкрепление. Если нет, терапевту следует проигнорировать это или применить отрицательное подкрепление и, если это возможно, обучить пациента новому поведению. Во время каждого взаимодействия терапевт должен сравнивать поведение пациента с его нынешним статусом (включая слабые стороны пациента, которые проявляются в данной ситуации), с потенциальными возможностями пациента, а также с характером ситуации. Эти данные в свою очередь определяют последующую терапевтическую реакцию. Неудивительно, что данная категория пациентов представляет такие трудности для терапевта. Из-за сложности и масштабного характера проблем пациентов с ПРЛ, а также изменчивой природы их поведенческих дефицитов, в зависимости от ситуации терапевту при работе с пациентом приходится помнить и оперировать многочисленными континуумами поведенческого прогресса. Запомнить и организовать такую массу информации трудно даже при самых благоприятных условиях. Эти трудности многократно возрастают, а гибкость использования накопленных данных снижается, когда пациенты подвергают терапевта сильному стрессу.

ДПТ подходит к этой проблеме с двух сторон. Во-первых, четкое иерархическое распределение целей позволяет терапевту фрагментировать информацию, уделять внимание одним видам поведения и игнорировать другие. Терапевт не занимается всеми видами поведения пациента в равной мере. Он сопоставляет поведение пациента с иерархией целей и уделяет внимание только тем видам поведения, которые имеют отношение к наиболее высокоприоритетной в данное время цели. Таким образом, задача терапевта значительно упрощается. Во-вторых, стратегии

консультирования пациента, рассматриваемые в главе 13, призваны ограничить количество людей, которыми "занимается" терапевт. В отличие от большинства других терапевтических программ, в ДПТ терапевт занимается исключительно пациентом. Нет нужды организовывать и пытаться внедрить терапевтические планы других специалистов, каждый терапевт должен беспокоиться лишь о своих реакциях на поведение пациента. Таким образом ДПТ облегчает задачу терапевту, сужая направленность терапии до приемлемого уровня сложности.

ПРОЦЕДУРЫ СОБЛЮДЕНИЯ ГРАНИЦ

Подход соблюдения границ на первый взгляд кажется простым, но чрезвычайно труден для практического использования. Это применение стратегий решения проблем и процедур причинно-следственного управления к тем видам поведения пациента, которые могут нарушить личные границы терапевта. Соблюдение границ существенно важно для ДПТ. Ответственность за соблюдение границ терапевта лежит на нем самом, а не на пациенте. Терапевт должен осознавать, какие виды поведения пациента он может и готов переносить, а какие будут для него неприемлемыми. Эта информация должна быть вовремя — не слишком поздно — предоставлена пациенту. Клиницисту также следует уточнить, какие виды поведения он может принимать только временно, а какие постоянно, и какие виды поведения пациента могут привести к "выгоранию" терапевта, а какие нет. Поведение пациента, нарушающее границы терапевта, составляет особую категорию препятствующего терапии поведения; таким образом, предельно релевантное поведение по значимости уступает лишь кризисному суицидальному и парасуицидальному поведению (или другим видам поведения, сопряженным с опасностью для жизни). Эти виды поведения препятствуют терапии, потому что угрожают способности и желанию терапевта продолжать работу с пациентом. Для терапевта очень важно не игнорировать такое поведение, иначе у него рано или поздно произойдет "выгорание" и он прекратит терапию или каким-либо иным образом повредит пациенту. При соблюдении границ терапевт осуществляет заботу о *пациенте*, заботясь о *себе*.

Обоснование соблюдения границ

Границы и их установление составляют одну из основных проблем в почти каждом обсуждении терапии ПРЛ. Такое обсуждение, как правило, проходит с ориентацией на сдерживание или прекращение неадаптивного поведения пациента. С. Грин, Р. Гольдберг, Д. Гольдштейн и Э. Ляйбенлюфт, например, утверждают: "Если они [стандартные терапевтические техники] вызовут регресс в поведении индивида, то потребуются более энергичные меры в форме адекватных терапевтических вмешательств по установлению границ" (*Green, Goldberg, Goldstein, & Leibenluft, 1988, p. ix*). Неадаптивное поведение рассматривается как результат отсутствия у пациента границ в переживании чувства "Я". Поэтому главная задача установления границ — подкрепление чувства идентичности пациента через подчеркивание его личных границ. (Обзор литературы по этой теме можно найти в: *Green et al., 1988.*)

И наоборот, соблюдение границ в ДПТ связано с сохранением личных границ клинициста, чувством "Я" *терапевта*. Задача заключается в том, чтобы не допус-

чить превращения возможностей, действующих в терапии, в наказание терапевта за его чрезмерное участие. Если пациент нарушает границы терапевта, ситуация анализируется на предмет соответствия желаний и потребностей пациента, с одной стороны, и возможностей или желаний терапевта — с другой. Таким образом, не выдвигаются *допущения* о проблемах пациента (например, слишком непостоянный, слишком зависимый), точно так же не выдвигаются *предположения* о проблемах терапевта (например, как проявляющего контрперенос). Вместо этого допускается, что индивид, обоснованно или нет, часто хочет получить или нуждается в получении от других людей того, что они не могут предоставить. Индивид нарушает границы других людей, наблюдается межличностное несоответствие.

Это не означает, что поведение пациента и границы терапевта не нужно анализировать на предмет возможных проблем. Способность ограничивать свои требования по отношению к другим людям независимо от собственных потребностей — сам по себе очень важный социальный навык; обоюдные отношения требуют способности соблюдать и уважать границы другого человека. Многие пациенты с ПРЛ не обладают такой способностью. И наоборот, способность знать и соблюдать собственные границы в отношениях столь же важна, и многим терапевтам этой способности не хватает. Хотя ДПТ — в большей степени, чем другие виды поведенческой терапии — подчеркивает воздействие терапевта на опыт и восприятие пациента, также учитывается влияние поведения пациента на клинициста. Это не означает, что роли терапевта и пациента считаются симметричными; от терапевта требуется выработка более реалистичных гипотез относительно факторов, влияющих на отношения, а также проявление более эффективных межличностных навыков во время психотерапевтических сеансов. От терапевта также ожидается контроль собственного поведения и непричинение вреда пациенту. Несмотря на эти условия, ДПТ говорит о неизбежности влияния пациента на терапевта; в зависимости от поведения последнего может снижаться или повышаться мотивация или способность терапевта помогать пациенту.

Границы естественные и искусственные

За очень немногими исключениями, в ДПТ не устанавливаются искусственные границы. Единственный вид поведения пациента, которое искусственно ограничивается как в индивидуальной психотерапии, так и в тренинге навыков, — это когда пациент бросает либо первое, либо второе. Искусственные границы поведения терапевта — те, которые оговариваются профессиональной этикой. Например, сексуальная связь с пациенткой недопустима ни при каких условиях.

Естественные границы у разных терапевтов разные и будут разными для одного и того же терапевта в разное время, что объясняется некоторыми факторами. К этим факторам относятся события в личной и профессиональной жизни терапевта, состояние взаимоотношений с пациентом, задачи терапевта в работе с пациентом и характеристики определенного пациента. Границы сужаются (ужесточаются), когда терапевт нездоров или перегружен работой, и расширяются (либерализируются), когда у терапевта хорошее самочувствие и не слишком большая загруженность. Достаточно широкие границы одного из моих коллег сузились, когда у него родилась дочь. Границы терапевта, которого поддерживает консультативная группа

по обсуждению клинических случаев или супервизор, очевидно, будут более широкими, чем у специалиста, в одиночку работающего во враждебной среде. Я готова работать с истерической пациенткой в частном кабинете, но не в клинике, где ее крики могут повредить другим пациентам. Я более толерантно отношусь к суицидальным угрозам в конце психотерапевтического сеанса, если знаю, что за дверью меня не ожидает следующий пациент.

Более того, все терапевты в терапевтическом коллективе, включая тех, кто работает с одним и тем же пациентом, могут иметь различные границы. У одного специалиста эти границы могут быть весьма широкими, у другого — гораздо уже. Например, один терапевт может внимательно читать все письма, присланные пациентом, независимо от того, насколько они длинные или как часто приходят, другой на это не способен. Один терапевт с готовностью отвечает на звонки пациента, который отправлен в "отпуск от терапии", другой — нет. Мои границы относительно суицидального риска, который я готова допускать, шире, чем у любого другого терапевта Сиэтла. Некоторые терапевты нормально относятся к тому, что пациент забывает отменить или перенести встречу либо не вовремя платит за терапию, другие относятся к этому нетерпимо. "Привязчивость" и зависимость некоторых пациентов, многочасовое ожидание под дверью ради нескольких слов с терапевтом нервирует некоторых специалистов, другие же воспринимают это нормально. Перечисление различий можно продолжать до бесконечности.

Как правило, прочный терапевтический союз способствует расширению границ. Люди обычно более готовы что-нибудь сделать и терпеть от тех людей, которые им близки, чем от тех, с которыми их не связывают тесные отношения. Границы терапевта обычно шире с пациентами, которые усердно работают над терапевтическими заданиями, и уже с пациентами, которые отказываются сотрудничать с терапевтом или противодействуют терапевтическому вмешательству. Однако формы и степень влияния поведения пациента на границы терапевта могут отличаться для разных членов одного терапевтического коллектива. Например, границы некоторых терапевтов сужаются при агрессивном поведении пациентов и расширяются при отсутствии агрессии; на других терапевтов агрессия или ее отсутствие со стороны пациента не влияет. Я готова отвечать на телефонные звонки тех пациентов, которые звонят мне даже в неудобное время и которым телефонная беседа, по-видимому, идет на пользу. Пациенты, которые в конце телефонного разговора, по их словам, чувствуют себя так же плохо, как и в начале, и которые критикуют меня за неспособность посвятить телефонной беседе больше времени, не вызывают у меня желания общаться. Когда пациент выслушивает меня и отвечает: "Да, но..." или отвергает любые предложения с моей стороны, это не особо влияет на мои границы; такая реакция заставляет меня мобилизоваться. Других терапевтов, с которыми я работаю, неблагодарность пациентов не беспокоит так сильно, как меня, зато они не могут долго общаться с пациентами, которые отказываются от их рекомендаций.

В ДПТ границы не обязательно должны быть едиными для всех членов терапевтического коллектива или всех пациентов. Важно только, чтобы каждый терапевт осознавал свои границы и вразумительно сообщал о них каждому пациенту. Изменчивость границ разных терапевтов и, в свою очередь, одного и того же делает терапевтическую среду максимально приближенной к повседневной жизни.

Жизнь в целом и люди в частности очень непостоянны, и они далеко не всегда идут навстречу потребностям индивида. Даже самые близкие индивиду люди зачастую отдаляются от него или не соответствуют его ожиданиям. Задача ДПТ — научить пациента продуктивному и счастливому взаимодействию в рамках естественных межличностных границ.

Соблюдение естественных или личных границ требует гораздо большей открытости и настойчивости, чем соблюдение искусственных границ. Диалектико-поведенческий терапевт не может опираться на свод заранее определенных правил. Нет такой инструкции, в которую можно было бы заглянуть и узнать, как следует поступать, если пациент в тридцать пятый раз опаздывает на психотерапевтический сеанс. ДПТ не содержит готовых правил относительно границ, поскольку искусственные правила и ограничения не учитывают неповторимость каждой личности в контексте взаимоотношений. Поэтому терапевт несет личную ответственность за свои границы. Порой эта задача чрезвычайно трудна, особенно когда пациент испытывает сильные страдания и границы усугубляют их. Однако существуют несколько рекомендаций относительно эффективного соблюдения границ при работе с пограничными пациентами, они приведены в табл. 10.3 и обсуждаются в следующих разделах.

Таблица 10.3. Процедуры соблюдения границ

Терапевт КОНТРОЛИРУЕТ свои границы относительно проведения терапии:

- на постоянной основе;
- с каждым индивидуальным пациентом.

Терапевт ЧЕСТНО и прямо сообщает о своих границах пациенту с точки зрения реальной возможности и/или желания терапевта удовлетворять потребности и желания пациента:

- относительно продолжительности и частоты телефонных консультаций пациента с терапевтом;
- относительно нарушения прав терапевта на неприкосновенность личной жизни;
- относительно посягательств на частную собственность терапевта, его личное время и т.д.;
- относительно агрессивного поведения пациента, направленного на терапевта;
- относительно типа терапии, которую хочет применить терапевт или в которой он хочет, чтобы участвовал пациент;
- относительно готовности терапевта идти на риск ввиду суицидальности пациента.

Временное РАСШИРЕНИЕ терапевтом границ в случае необходимости:

- терапевт обращается за помощью к коллегам, если дальнейшее расширение границ невозможно, но необходимо для пациента;
- терапевт помогает пациенту эффективно ориентироваться на границы терапевта, когда их соблюдение не угрожает благополучию пациента.

Проявление терапевтом ТВЕРДОСТИ и ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ относительно своих границ:

- терапевт применяет процедуры причинно-следственного управления при соблюдении границ.

Сочетание соблюдения границ с ПОДДЕРЖКОЙ, ВАЛИДАЦИЕЙ и РЕШЕНИЕМ ПРОБЛЕМ.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт отказывается временно расширять свои границы, когда очевидно, что пациент нуждается в большей, чем обычно, отдаче со стороны терапевта;
- границы терапевта изменчивы или непредсказуемы;
- терапевт представляет свои границы как средство для достижения благополучия пациента, а не терапевта.

1. КОНТРОЛЬ ГРАНИЦ

Клиницисты при проведении терапии должны соблюдать свои границы, ориентируясь на приемлемые (в контексте определенных терапевтических границ) поведенческие паттерны пациента. В особенности терапевт должен обращать постоянное и пристальное внимание на взаимосвязь поведения пациента, с одной стороны, и собственной мотивации и желания общаться и работать с пациентом — с другой: на чувства опустошенности и истощения; а также на уверенность в собственной полезности для пациента. Это гораздо легче дается опытным терапевтам, чем начинающим. Как заметил однажды мой коллега по терапевтическому коллективу: "Очень трудно осознать свои границы, пока они не нарушены". Предостерегающие сигналы могут быть следующими: ощущение дискомфорта, гнев и фрустрация, страх: "Нет, только не это!" Самое главное для терапевта — остановиться до того, как границы нарушены, т.е. до того, как внезапно пропадает способность или желание продолжать работу с определенным пациентом. Большую помощь в этом может оказать консультативная группа по обсуждению клинических случаев.

2. ЧЕСТНОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО ГРАНИЦ

Границы терапевта нельзя воспринимать как некое благо для пациента. Скорее, это благо для терапевта. Хотя такое различие достаточно условно, поскольку благополучие обеих сторон в любых терапевтических отношениях взаимосвязано, границы не преподносятся как мера, направленная исключительно на пользу пациенту. Такой акцент приводит к особым результатам. Основной смысл состоит в том, что хотя пациент может и должен сказать решающее слово относительно того, что, по большому счету, будет для него благом (ведь пациенты — не дети, а взрослые люди), он не должен иметь решающего голоса при определении того, что есть благо для терапевта. Можно привести следующую аналогию: терапевт просит пациента не курить в кабинете, поскольку это вредит его (пациента) здоровью, а не потому, что это неприятно терапевту. В первом случае пациент может возразить, что он имеет право распоряжаться своим здоровьем по собственному усмотрению. Во втором случае (если терапевт скажет, что ему неприятно вдыхать табачный дым) повода для возражений не останется. В первом случае терапевт выказывает мало уважения к свободе и самостоятельности пациента. Во втором случае терапевт проявляет заботу о себе. Зачастую только второй случай будет искренне выражать желания терапевта. Как правило, все мы (включая терапевтов) пытаемся контролировать поведение других людей, убеждая их, что это делается для их же пользы, а на самом деле имеем в виду только собственные интересы.

Честность как вид стратегии может быть чрезвычайно эффективной. Пациенту с ПРЛ часто очень не хватает уважения; честность терапевта относительно собственных границ в конечном счете выражает уважение к пациенту. Это "взрослое" отношение к пациенту. Терапевт может согласиться с пациентом в том, что обусловленные границы несправедливы (если они действительно несправедливы), но, тем не менее, должен указать, что нарушение этих границ в конце концов обернется вредом для пациента. Если необходимо, терапевт может вместе с пациентом рассмотреть ситуации, в которых пациент пострадал из-за того, что работающий с ним клиницист должным образом не позаботился о соблюдении собственных границ.

Нечестность и/или путаница в том, чьи границы соблюдаются, представляют собой особый соблазн для терапевтов по нескольким причинам. Во-первых, некоторые психотерапевтические теории предполагают, что нарушение границ терапевта патологично по определению. В качестве примера можно вспомнить терапевта, который уверял меня, что все звонки пациента на домашний телефон специалиста представляют собой агрессивные действия (я описывала эту ситуацию в главе 3). Такой или подобный подход затрудняет гибкую оценку взаимодействий. Терапевт может даже не подумать о том, что проблема, возможно, коренится в его неспособности или нежелании расширить свои границы ради благополучия пациента. Такие концепции, как контрперенос, вполне обоснованно подчеркивают возможную патологию личных границ терапевта; однако эти концепции не учитывают ситуаций "проблемного соответствия", в которых легитимные границы клинициста обусловливают неадекватное отношение к столь же законным потребностям пациента. Во-вторых, статус терапевта дает большую власть над другими людьми, что позволяет безнаказанно проявлять заносчивость и нечестность по отношению к пациентам. Это одна из причин того, почему супервизия играет важную роль в ДПТ.

В-третьих, большинство терапевтов обучали тому, что цель терапии — благо исключительно пациентов, о благополучии клинициста упоминают чрезвычайно редко (если вообще упоминают). Поэтому терапевт легко может почувствовать себя виноватым, а свои действия посчитать нетерапевтическими, если ему приходится заниматься собственными желаниями или потребностями. Пациенты с ПРЛ нередко испытывают сильные страдания, и терапевты зачастую приходят к выводу, что эти страдания можно было бы облегчить, если бы они смогли расширить свои границы. В такой ситуации терапевт имеет следующий выбор: 1) постоянно расширять свои границы; 2) квалифицировать потребности пациента как патологию; 3) позволить пациенту страдать и принять на себя ответственность за неспособность оказать помощь. Выбор первых двух вариантов часто обусловлен трудностью принятия мысли о том, что терапевт является возможной причиной страданий пациента. Соблюдение границ приводит к выбору третьего варианта. Мой опыт показывает, что именно трудность признания собственного бессилия становится источником большинства проблем для начинающих и неопытных терапевтов. Что касается опытных специалистов, то большинство их проблем обусловлены самонадеянностью.

3. ВРЕМЕННОЕ РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ

Соблюдение границ — не оправдание для безразличного отношения к важным потребностям пациента. Оно также не дает права для хаотических откликов на просьбы и требования пациента. Иногда терапевту необходимо выходить за рамки собственных границ, делать над собой усилие и заниматься тем, чем заниматься не хочется. Это особенно касается работы с хронически суицидальными и пограничными пациентами. Здесь можно использовать аналогию с работой врача-хирурга. Если хирург находится на дежурстве, он не имеет права отказаться и не поехать по вызову, аргументируя отказ своими границами. Но даже хирурги не могут дежурить постоянно и нуждаются в выходных. Хирург, который дежурит пять суток подряд и спит один-два часа в сутки в конце концов так устанет, что его силы истощатся и на

несколько дней его должен будет подменить другой хирург. Человек не может долго работать без полноценного отдыха. Подобным образом, если силы терапевта вот-вот истощатся, а жизнь пациента находится в опасности, уместно привлечь к работе других специалистов. Если соблюдение границ становится проблематичным, но жизни пациента ничего не угрожает, уместно применить стратегии решения проблем и другие процедуры изменений. Диалектическое равновесие в этом случае состоит в том, чтобы, с одной стороны, при необходимости выходить за рамки границ, а с другой — соблюдать границы, когда это необходимо.

4. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ТВЕРДОСТЬ

Пациенты часто пытаются заставить терапевтов расширить границы, доказывая обоснованность своих потребностей, критикуя неадекватность клиницистов, порой угрожая перейти к другому специалисту или покончить с собой. Они могут неоднократно прибегать к парасуицидальным действиям или отказываться от сотрудничества с терапевтом до тех пор, пока тот не согласится "сотрудничать" с ними. В клинических условиях и в стационарных отделениях пациенты зачастую обращаются к другим терапевтам или персоналу и пытаются заручиться их поддержкой, жалуются другим пациентам или добиваются встречи с супервизором. Как говорят психодинамические терапевты, пациенты "отыгрывают вовне*".

Важный момент здесь состоит в том, что соблюдение границ часто означает режим гашения для определенных видов поведения пациента. Ответ на попытки пациента расширить границы терапевта будет простым: "Я такой, как есть, и таким останусь". Поэтому, по большому счету, у терапевта нет иного выхода, как соблюдать свои границы. Под давлением терапевт может колебаться между расширением границ и обвинением пациента в том, что его запросы завышены или неадекватны. Терапевт должен всеми силами удерживаться от таких действий. Уступки и угождение пациенту вслед за эскалацией поведения только подкрепят нежелательное поведение; наказание несет риск побочных явлений — отрицательного подкрепления. В этой ситуации следует применить ту самую стратегию испорченной пластинки, которой обучают пациентов в процессе тренинга навыков межличностного общения: терапевт снова и снова спокойно, вразумительно и твердо формулирует свою позицию. Может помочь и частое напоминание о том, что, в конце концов, соблюдение границ направлено на благополучие пациента. (Терапевт не станет преждевременно заканчивать терапию и иным образом не навредит пациенту.)

5. СОЧЕТАНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ГРАНИЦ С ПОДДЕРЖКОЙ, ВАЛИДАЦИЕЙ И РЕШЕНИЕМ ПРОБЛЕМ

Важность поддержки пациента при одновременном соблюдении границ невозможно переоценить. Непредоставление пациенту желаемого или нежелание терпеть определенный вид поведения вовсе не означает, что специалист не может помочь

* Отыгрывание вовне — психоаналитический термин, обозначающий действия, преимущественно импульсивные, выпадающие из обычных мотивационных систем субъекта, сравнительно легко выделяемые в его деятельности, часто принимающие форму агрессии против себя или других. — *Примеч. ред.*

пациенту. Терапевту также необходимо валидировать дистресс пациента и помочь ему в поиске альтернативных способов справиться с проблемой. Соблюдение границ должно постоянно сочетаться с интегрированной валидацией и стратегиями решения проблем. Игнорирование желаний и потребностей пациента редко носит терапевтический характер.

Трудности соблюдения границ при работе с пограничными пациентами

Телефонные звонки

Поскольку ДПТ не запрещает, а скорее поощряет телефонные контакты терапевтов и пациентов, специалист должен определиться с интервалом времени, выделенного для телефонных бесед, а также с их продолжительностью. Терапевты, которые не могут отвечать на телефонные звонки пациентов вне определенного интервала времени, по всей видимости, не смогут работать с пограничными пациентами. При определении стратегии телефонных контактов следует учитывать индивидуальные потребности терапевта и пациента, а также отдельные терапевтические проблемы, актуальные на данном этапе терапии. Терапевт, который никак не ограничивает телефонные контакты с пациентами (если не считать оставления без ответа телефонного звонка в два часа ночи), либо никогда не имел дела с действительно нуждающимся пациентом, либо вскоре "выгорит" и вообще откажется работать со своим пациентом.

Допустимые продолжительность и частота телефонных звонков будут разными для разных терапевтов и для разных пациентов у одного и того же терапевта. Некоторые специалисты готовы отвечать на телефонные звонки пациентов почти круглосуточно; их, по-видимому, не беспокоят частые звонки. Один из моих коллег по вечерам любил заниматься столярной работой в полуподвальном помещении своего дома. Пациенты, которые звонили ему вечером, могли разговаривать так долго, как хотели, потому что во время разговора терапевт продолжал красить или полировать свои изделия. Другие терапевты не хотят тратить столько времени на телефонные беседы с пациентами, они быстро заканчивают разговор или сами перезванивают пациентам, когда им удобно. Условия телефонных консультаций могут варьироваться. У нас в клинике работали терапевты, которые: 1) принимали звонки исключительно на автоответчик, затем перезванивали пациенту (если специалисту, например, нужно было выпить стакан воды или "настроиться" на разговор); 2) принимали звонки только до определенного времени, если только речь не шла о кризисной ситуации (однажды в такой ситуации терапевту пришлось вставать ни свет ни заря); 3) перезванивали пациенту только вечером, а в остальное время пациентам приходилось звонить по "горячей линии" или обращаться в службу скорой психиатрической помощи (у этого терапевта был слишком плотный график, который не позволял ему отвечать на телефонные звонки по мере их поступления); 4) немедленно прекращали разговор после того, как пациент применял некоторые навыки (терапевту надоедало "работать за" пациента; он считал такой подход нетерапевтическим); 5) прекращали разговор, если пациент принимал алкоголь перед звонком (алкоголь мешал пациенту получить помощь от терапевта); 6) отказывались отвечать на звонки до конца недели, если пациент не занимался

решением проблемы (что вызывало фрустрацию у специалиста). Важный момент здесь в том, что каждый терапевт обязан определять свои границы, которые должны уважаться как им самим, так и супервизором или консультативной группой по обсуждению клинических случаев.

Суицидальное поведение

Одни терапевты более терпимо, чем другие, относятся к суицидальным угрозам, в том числе серьезным. Некоторые специалисты с большей готовностью применяют продуманные, но очень рискованные терапевтические планы, — в случае неудачи терапии и завершенного суицида терапевта могут привлечь к судебной ответственности. Есть терапевты, которые принципиально не признают принудительной госпитализации с целью предотвращения суицида; другие придерживаются противоположной точки зрения. Каждый терапевт должен определить свои личные границы в этой сфере. В целом все пациенты должны знать, что продолжение серьезного суицидального поведения может выйти за рамки границ терапевта. В моей клинике и в тех клинических сферах, за которые я несу ответственность, пациентам, склонным к суициду, не разрешается иметь опасные для жизни медикаменты и химические вещества. Есть риск, который выходит за рамки моих границ. Было и такое, что мне приходилось госпитализировать пациентов, когда мне необходимо было отдохнуть от их кризисных звонков и суицидальных угроз. Однако в том случае, когда последствия соблюдения терапевтом границ сопряжены с опасностью для пациента (например, невольное совершение опасных действий), для терапевта очень важно надлежащим образом предупредить пациента о необходимости соблюдения границ и помочь ему избежать отрицательного подкрепления. Терапевт также должен сам соблюдать собственные границы. Тема суицидального поведения и границ подробнее обсуждается в главе 15.

Заключение

Для терапевта очень важно помнить о причинно-следственном управлении в терапии. Не менее важно понимать воздействие причинно-следственных факторов на поведение независимо от того, запланировано оно или нет. Многим терапевтам, по-видимому, воздействие на поведение пациентов посредством причинно-следственных факторов кажется недопустимым. Предоставление пациенту положительных возможностей рассматривается как взятка, а отрицательные считаются принуждающими, манипулятивными или несущими угрозу. Зачастую такие специалисты ценят автономию и считают, что поведение, контролируемое влиянием внешних факторов, не является таким же "настоящим" или устойчивым, как поведение, обусловленное внутренней мотивацией. Другими словами, эти терапевты ценят поведение, определяемое "выбором" или "намерением" индивида. Терапевты, которые придерживаются концепции бессознательных намерений и бессознательного выбора, иногда ведут себя так, словно *всякое* поведение пациента контролируется намерением и выбором, просто намерение и выбор могут быть осознанными или бессознательными. Цель терапии в этом случае может заключаться в том, чтобы передать все поведение под контроль осознанных намерений и выбора. Когнитивно-

поведенческие терапевты, несомненно, согласились бы с такой задачей — по крайней мере, в отношении нежелательного, неадаптивного поведения.

Разница между подходом, основанным на "выборе" и "намерении", с одной стороны, и когнитивно-поведенческим подходом — с другой, двояка. Во-первых, когнитивно-поведенческие терапевты спросили бы, чем контролируются "выбор" и "намерение". Если бы на это ответили, что индивид выбирает то, что хочет или предпочитает, такой ответ не содержал бы сколько-нибудь новой информации. Объяснение когнитивно-поведенческих терапевтов было бы обратным. Они утверждали бы, что выбор и намерение определяются результатами, последствиями — как поведенческими, так и средовыми. Люди делают выбор и реализуют намерения, которые прежде подкреплялись, и избегают тех выборов и намерений, которые подвергались наказанию.

Во-вторых, когнитивно-поведенческие терапевты не стали бы утверждать, что при отсутствии контроля поведения со стороны осознанного выбора или намерения поведение должно контролироваться бессознательным намерением. Это утверждение было бы логической тавтологией. Когнитивно-поведенческая точка зрения заключается в том, что отсутствие связи между намерением и выбором, с одной стороны, и действием — с другой, представляет собой проблему, подлежащую разрешению. Такой взаимосвязи следует учиться. Научение имеет место в том случае, когда подкрепляющие результаты следуют за действиями, которые соответствуют предшествующему выбору или намерению. С этой точки зрения намерение и выбор выступают когнитивными видами деятельности (даже если они относятся к эмотивному аспекту — особенно это касается намерения). Таким образом, взаимоотношения между намерением и выбором, с одной стороны, и действием, с другой, рассматриваются как отношение "поведение–поведение". Эта взаимосвязь не подразумевается *априорно*. Наоборот, что касается пациентов с ПРЛ, их основной проблемой часто выступает неспособность воздействовать на поведение предшествующим намерением, выбором или обязательствами. Поэтому терапевт может заняться систематическим подкреплением связей типа "поведение–поведение".

Излишняя опора на выбор как детерминанту поведения игнорирует роль поведенческих возможностей. Понятие выбора предполагает свободу действий, обусловленную сделанным выбором. Однако человек не сможет делать то, на что не способен, независимо от выбора. Пациенты с ПРЛ зачастую не способны контролировать собственное поведение, как они того желают и как хотели бы их терапевты. Хотя иногда такие возможности и создаются, для эффективного поведенческого контроля и поведенческих изменений одного только намерения недостаточно.

11

Процедуры изменения: тренинг навыков, терапевтическая экспозиция, когнитивная модификация

ТРЕНИНГ НАВЫКОВ

Тренинг навыков необходим, когда решение проблем требует умений, отсутствующих в поведенческом репертуаре индивида, т.е. когда даже в идеальных условиях (когда поведению не мешают страхи, конфликтующие мотивы, нереалистичные представления и т.п.) индивид не может продемонстрировать необходимое поведение. Термин "навыки" в ДПТ употребляется как синоним термина "способности" и включает, в самом широком смысле, когнитивные, эмоциональные и внешние поведенческие реакции или действия вместе с интеграцией, которая необходима для эффективной деятельности. Эффективность определяется как непосредственными, так и косвенными последствиями поведения. Эффективную деятельность можно определить как поведение, которое дает максимум позитивных результатов и минимум негативных последствий. Таким образом, термин "навыки" означает "использование эффективных средств", а также адаптивное или эффективное реагирование на ситуации.

В ДПТ акцентируется интеграция навыков, поскольку зачастую (фактически почти всегда) индивид обладает поведенческими составляющими определенного навыка, однако не может должным образом соединить эти компоненты, когда это необходимо. Например, каждый человек знает слово "нет". Однако не каждый может должным образом соединить это слово с другими словами, чтобы отказать собеседнику и в то же время не обидеть его. Эффективный в межличностном отноше-

нии ответ требует подбора известных слов для построения эффективных предложений, сопровождаемых адекватными жестами, интонацией, визуальным контактом и т.д. Составляющие навыков редко бывают новыми, однако они часто образуют новые комбинации. В ДПТ почти всякое желательное поведение может быть осмыслено как навык. Поэтому эффективное совладание с проблемами и избегание неадаптивных или неэффективных реакций считается использованием имеющихся навыков. Цель ДПТ — заменить неэффективные или неадаптивные виды поведения эффективными.

При тренинге навыков и вообще в ДПТ терапевт при каждой возможности настойчиво пытается помочь пациенту в активном приобретении и практике навыков, необходимых для совладания с проблемами. Терапевт открыто, энергично и постоянно борется с пассивным стилем решения проблем, характерным для пациентов с ПРЛ. Процедуры, описанные ниже, могут неформально применяться всеми терапевтами, когда это целесообразно. Формальное применение этих процессов связано со структурированными модулями тренинга навыков (описанными в "Руководстве по тренингу навыков...").

Процедуры тренинга навыков можно разделить на три группы: 1) приобретение навыков (например, инструктирование, моделирование); 2) закрепление навыков (например, поведенческая репетиция, обратная связь); 3) генерализация навыков (например, домашние задания, обсуждение различий и сходства ситуации). В рамках приобретения навыков терапевт обучает пациента новым видам поведения. При закреплении и генерализации навыков терапевт старается должным образом "настроить" эффективное поведение и повысить вероятность того, что оно войдет в поведенческий репертуар пациента и будет использоваться в соответствующих ситуациях. Закрепление и генерализация навыков в свою очередь требуют применения причинно-следственных процедур, терапевтической экспозиции и/или когнитивной модификации. Другими словами, когда терапевт уверен, что определенный паттерн реагирования занял свое место в поведенческом репертуаре пациента, применяются другие процедуры, чтобы стимулировать использование этого паттерна в повседневной жизни пациента. Именно этот акцент на активном, осознанном обучении, характерный для поведенческой и когнитивной терапии, отличает ДПТ от многих других подходов к терапии пограничного расстройства личности. Однако часть процедур тренинга навыков фактически идентичны тем, которые применяются в динамической психотерапии.

Цели тренинга навыков определяются параметрами ДПТ (такими, например, как психическая вовлеченность, межличностная эффективность, эмоциональная регуляция, перенесение дистресса и навыки самоуправления), а также поведенческим анализом индивидуальных случаев. Почти всякий поведенческий паттерн, отсутствующий в поведенческом репертуаре пациента, но способный нормализовать его жизнь, может стать целью тренинга навыков. Выбор конкретных процедур (например, процедур освоения, а не закрепления) зависит от тех навыков, которыми уже располагает пациент.

Ориентация и формирование обязательств по тренингу навыков: обзор задач

Ориентация — основное средство терапевта как для выработки у пациента нового поведения, так и для освоения процедур ДПТ, которые должны оказать эффективное воздействие. Тренинг навыков может быть успешным лишь в том случае, если пациент активно сотрудничает с терапевтической программой. Некоторые пациенты страдают от поведенческого дефицита и одновременно боятся приобретения новых навыков. В этом случае полезно объяснить пациенту: приобретение новых навыков не означает, что пациент обязан их применять. Пациент может развить какой-нибудь навык, а потом в каждой отдельной ситуации принимать решение о его применении или неприменении. Проблема пациента напоминает страх человека перед полетами: он не хочет избавляться от этой фобии, чтобы впоследствии его не заставили летать. Зачастую пациенты не хотят учиться новым навыкам, потому что утратили всякую надежду на то, что их жизнь может нормализоваться. Очень полезно, на мой взгляд, обращать внимание пациентов на то, что навыки, которым мы обучаем, помогли нам или другим людям, которых мы знаем лично. Однако терапевт никак не может заранее гарантировать, что определенные навыки помогут данному пациенту.

Перед обучением каким-либо новым навыкам терапевт должен дать пациенту обоснование (или подвести пациента к самостоятельным выводам с помощью сократического диалога) необходимости и пользы определенного навыка или комплекса навыков. Иногда для этого достаточно двух-трех поясняющих предложений, в других случаях потребуется подробное обсуждение. (Конкретные обоснования для каждого комплекса целевых навыков в ДПТ приводятся в “Руководстве по тренингу навыков...”) При решении индивидуальных проблем обоснование обычно дается на этапе анализа решений. На определенном этапе терапевт должен также дать общее обоснование для своих методов обучения, т.е. обоснование диалектическо-поведенческих процедур тренинга навыков. Самый важный момент, который необходимо при этом отметить и повторять так часто, как будет необходимо, заключается в том, что для обучения новым навыкам требуется практика, практика и еще раз практика. Столь же важно, чтобы практика проходила в таких ситуациях, которые требуют применения данных навыков. Если пациент не усвоит двух этих правил, вряд ли можно надеяться на то, что он сможет научиться чему-то новому.

ПРОЦЕДУРЫ ПРИОБРЕТЕНИЯ НАВЫКОВ

Процедуры приобретения навыков связаны с восполнением дефицита навыков. ДПТ не предполагает, что все или даже большинство проблем пациентов с ПРЛ имеют мотивационную природу. Вместо этого оцениваются пределы возможностей пациента в определенной сфере; затем, в случае обнаружения дефицита навыков, используются процедуры приобретения навыков. Иногда терапевт применяет их вместо использования средств оценки, затем наблюдает за последующими изменениями в поведении.

Несколько слов об оценке способностей

При работе с пограничными пациентами бывает трудно определить, то ли они вообще неспособны что-либо сделать, то ли способны, но имеет место эмоциональное сдерживание или возникают препятствия в виде средовых ограничений. Хотя подобная оценка представляет сложности при работе со всеми категориями пациентов, она может быть особенно проблематичной применительно к пациентам с ПРЛ ввиду их неспособности к анализу собственного поведения и возможностей. Например, пациенты с ПРЛ часто не могут различить *страх* перед определенной деятельностью и *неспособность* к ней. Кроме того, часто в действие вступают мощные факторы, которые мешают пациентам признать какие-либо свои поведенческие способности, как я уже упоминала в главе 10. Особенно значимы при этом страхи пациента относительно того, что в случае признания им своих способностей специалист примет решение (преждевременное) о прекращении терапии. Или же пациент может бояться, что если терапевт узнает о его способности к определенной деятельности в одном контексте, то станет требовать реализации этой способности во всех других контекстах, включая те, в которых пациент на данную деятельность не способен. Пациент боится, что терапевт лишит его своей помощи, которая все еще необходима, а это приведет к новой неудаче (включая все связанные с этим потери и новые проблемы). Пациенты также могут говорить, что не знают, как они себя чувствуют или что думают, либо заявляют, что не могут найти нужных слов для выражения, хотя на самом деле просто боятся выражать свои мысли и чувства. Как признаются многие пациенты, они просто не хотят быть уязвимыми. Наконец, некоторые пациенты были воспитаны в таких семьях или лечились у таких терапевтов. которые все их трудности воспринимали как проблемы мотивации. Они либо полностью разделяют такую точку зрения (и считают поэтому, что могли бы сделать что угодно, если бы захотели по-настоящему), либо, наоборот, полностью отвергают это мнение, ни на миг не допуская, что мотивационные факторы могут быть настолько же значимы, как и состояние их возможностей (т.е. пациенты считают, что ни на что не способны, включая научение более адаптивным способам поведения).

Некоторые терапевты отвечают на утверждение пациентов, что они ни на что не способны, столь же радикальным утверждением, что им стоит только захотеть. и все будет возможно. Неспособность к эффективному поведению и утверждение пациентов, что они не знают, как вести себя по-другому, воспринимается специалистами как сопротивление (или, по меньшей мере, как поведение, контролируемое неосознаваемыми факторами). Советы, предложения, коучинг* или другие формы обучения новому поведению воспринимаются терапевтами как потакание пациенту и потворство его зависимому поведению, которые мешают "настоящей" терапии. Некоторые терапевты впадают в другую крайность, считая, что пациенты абсолютно ни на что не способны. Арсенал этих специалистов ограничивается такими средствами, как принятие, опека и средовые интервенции. Неудивительно. что когда два эти подхода сосуществуют в рамках одного терапевтического коллектива, часто возникают конфликты и "раскол персонала". Диалектический подход в подобной ситуации предусматривает нахождение возможности для синтеза. (Эта тема будет обсуждаться в главе 13.)

---

* От англ. *to coach* — тренировать, проводить репетиторские занятия. — ***Примеч. ред.***

Чтобы установить наличие или отсутствие определенного паттерна в поведенческом репертуаре пациента, терапевт должен найти способ для создания идеальных условий для проявления этого паттерна. Что касается межличностного поведения, к таким условиям приближается ролевая игра в кабинете терапевта; или же, если пациент отказывается, терапевт просит его описать свои слова и действия в определенной ситуации. Я нередко с удивлением обнаруживаю, что индивиды, которые кажутся вооруженными эффективными навыками межличностного общения, не могут адекватно реагировать на некоторые ситуации ролевой игры; и наоборот — индивиды, которые выглядят пассивными, застенчивыми и неумелыми, вполне способны на адекватные действия в контексте ролевой игры. При анализе перенесения дистресса терапевт может попросить пациента описать, какие техники он применяет или считает полезными для перенесения трудностей в стрессовых ситуациях. Способность к эмоциональной регуляции иногда может оцениваться путем прерывания психотерапевтического сеанса и обращения к пациенту с просьбой об изменении его эмоционального состояния. Навыки самоуправления и психической вовлеченности могут анализироваться посредством наблюдения за поведением пациента во время психотерапевтических сеансов и опроса относительно поведения в повседневной жизни.

Если пациент демонстрирует определенное поведение, терапевт знает, что оно имеется в его поведенческом репертуаре. Однако если пациент не демонстрирует определенного поведения, терапевт не может быть уверен в его отсутствии или наличии; как и в статистике, нулевые гипотезы не подлежат проверке. Если есть сомнения (а они, как правило, есть), лучше по-прежнему применять процедуры приобретения навыков. Обычно применение этих процедур не наносит вреда терапии, и большинство из них также благотворно действуют на другие факторы, связанные с эффективным поведением. Например, как инструктирование, так и моделирование (основные процедуры приобретения навыков) могут сработать, поскольку дают пациенту "разрешение" на определенное поведение, тем самым ослабляя сдерживание, а не потому, что обогащают поведенческий репертуар индивида. Две упомянутые базовые процедуры описаны ниже, их основные характеристики кратко представлены в табл. 11.1.

Таблица 11.1. Процедуры приобретения навыков

Терапевт оценивает целерелевантные способности пациента:

- терапевт создает условия, способствующие применению имеющихся у пациента навыков;
- терапевт наблюдает поведение пациента во время психотерапевтических сеансов и телефонных консультаций;
- терапевт спрашивает у пациента, какое решение проблемы или ситуации было бы идеальным;
- терапевт просит пациента опробовать новое поведение (например, изменение эмоций) на психотерапевтических сеансах или во время телефонных консультаций;
- терапевт проводит с пациентом ролевые игры.

ИНСТРУКТИРОВАНИЕ пациента относительно подлежащих освоению навыков:

- терапевт конкретизирует определенное поведение и его паттерны, чтобы оно было понятным для пациента;
- терапевт представляет инструкции в виде последовательности относительно простых действий;
- терапевт начинает с простых целерелевантных задач, затем переходит к более сложным аспектам определенного навыка;
- терапевт приводит примеры подлежащего освоению навыка;
- терапевт предоставляет пациенту материалы (распечатки) с описанием навыка.

Таблица 11.1 (окончание)

МОДЕЛИРОВАНИЕ эффективного поведения на основе нового навыка:
- терапевт проводит с пациентом ролевую игру;
- терапевт использует эффективное поведение на основе нового навыка во взаимодействии с пациентом;
- терапевт высказывает мысли вслух, чтобы смоделировать адаптивное мышление;
- терапевт рассказывает о собственном использовании эффективного поведения на основе нового навыка в своей повседневной жизни;
- терапевт рассказывает истории, иллюстрирующие применение эффективного поведения;
- терапевт указывает на паттерны эффективного поведения в социальной среде, которые пациент может перенять:
  — у знакомых пациенту людей с эффективным поведением;
  — у общественных деятелей и знаменитостей, демонстрирующих эффективное поведение;
  — у персонажей книг (например, биографических), фильмов.

1. Инструктирование

Инструкции — словесные описания составляющих реакций, которые нужно освоить. В зависимости от потребностей пациента они могут варьироваться от общих принципов ("При изменении вашего мышления обязательно проанализируйте возможность нежелательных последствий", "Помните о подкреплении") до очень конкретных предложений относительно действий пациента ("Когда вы почувствуете побуждение к членовредительству, возьмите кубик льда и держите в руке в течение 10 минут") или образа мыслей ("Все время говорите себе, что сможете это сделать"). Инструкции могут быть представлены дидактически, в лекционном формате, с иллюстрациями и примерами на доске. В стандартной ДПТ пациентам предоставляются распечатки с письменными инструкциями для каждой сферы навыков (подробнее об этом — в "Руководстве по тренингу навыков..."); можно давать пациентам другие книги по самопомощи. Инструкции могут предлагаться в форме гипотез; как тезис и антитезис для синтеза; или же терапевт, используя сократический диалог, может подводить пациента к самостоятельной формулировке инструкций. В любом случае терапевт должен соблюдать осторожность, чтобы не преувеличить легкость эффективного поведения или научения навыкам.

2. Моделирование

Моделирование может проводиться терапевтом и другими людьми из окружения пациента, а также с помощью аудио- и видеозаписей, фильмов или печатных материалов. Любая процедура, которая предоставляет пациенту пример альтернативных поведенческих реакций, может считаться формой моделирования. Преимущество моделирования терапевтом состоит в возможности подбора таких ситуаций и материалов, которые будут соответствовать индивидуальным потребностям данного пациента.

Существует ряд способов, которыми терапевт может моделировать эффективное межличностное поведение. Для демонстрации адекватного поведения межличностного общения может применяться ролевая игра в контексте психотерапевтического сеанса. Если при общении пациента и терапевта происходят события, похожие на естественные ситуации в повседневной жизни последнего, специалист может смоделировать эффективное совладание с такими ситуациями. Терапевт может также использовать разговор с самим собой (рассуждения вслух), чтобы смоделировать утверждения совладания, самоинструктирование или реструктурирование проблем-

ных ожиданий и представлений. Например, терапевт говорит: "Ну хорошо, я бы сказал себе, что я растерялся перед трудностями. Что нужно делать, когда теряешься перед трудностями? Нужно разбить свои действия на несколько этапов и составить их список. Затем нужно приступить к выполнению первого этапа". Часто для презентации альтернативных стратегий можно использовать истории, пересказывать исторические случаи или приводить аллегорические примеры (подробнее об этом рассказывается в главе 7). Наконец, для моделирования адаптивного поведения терапевт может использовать самораскрытие, особенно если оно относится к проблемам, схожим с проблемами пациента. Эта тактика рассматривается в главе 12.

Кроме моделирования в контексте психотерапевтических сеансов, может быть полезным поручить пациенту наблюдать за поведением и реакциями поведенчески компетентных людей в его собственном окружении. Поведение, которое он наблюдает, затем обсуждается с терапевтом и отрабатывается, чтобы в конце концов пациент смог использовать это поведение в своей повседневной жизни. Полезно также использовать письменные модели применения некоторых предложений терапевта. Биографии, автобиографии и романы о людях, которые справились с подобными проблемами, тоже могут быть источниками полезных идей. Всегда важно обсуждать с пациентом любое поведение, смоделированное специалистом или представленное вне контекста терапии, чтобы удостовериться в его соответствии.

ПРОЦЕДУРЫ ЗАКРЕПЛЕНИЯ НАВЫКОВ

После приобретения эффективных навыков используются процедуры закрепления навыков, предназначенные для формирования и совершенствования навыков, а также повышения вероятности их использования. Без подкрепляющей практики тренинг навыков невозможен; важность этого момента вряд ли можно переоценить, поскольку отработка навыков требует усилий и прямо противоположна приверженности пациентов с ПРЛ пассивному поведенческому стилю. Процедуры закрепления навыков представлены в табл. 11.2.

Таблица 11.2. Процедуры закрепления навыков

Использование ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ РЕПЕТИЦИИ:

- терапевт проводит с пациентом ролевые игры;
- терапевт руководит пациентом при отработке упражнений во время психотерапевтических сеансов;
- терапевт руководит пациентом при мысленной отработке навыков;
- терапевт руководит пациентом в реальных ситуациях.

ПОДКРЕПЛЕНИЕ эффективного поведения.

Предоставление специфической ОБРАТНОЙ СВЯЗИ.

КОУЧИНГ.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт наказывает или игнорирует поведение пациента, которое свидетельствует о поведенческом прогрессе последнего, но каким-либо образом мешает терапевту;
- обратная связь, которую предлагает терапевт, сосредоточивается скорее на мотивах, чем на выполнении;
- терапевт не показывает связи между выведенными мотивами и конкретным поведением;
- терапевт дает обратную связь относительно мельчайших деталей поведения, вместо того чтобы сосредоточиться на важных моментах.

1. Поведенческая репетиция

Поведенческой репетицией может быть любая процедура, с помощью которой пациент практикует необходимые реакции. Это может происходить на психотерапевтическом сеансе, в искусственно созданных ситуациях или в повседневной жизни пациента. Любое эффективное поведение — вербальное, невербальные действия, паттерны мышления или когнитивного решения проблем, а также некоторые компоненты физиологических и эмоциональных реакций — в принципе можно отрабатывать.

Отработка может быть как внешней, так и внутренней. Существуют различные формы внешней поведенческой репетиции. Например, пациент и терапевт могут вместе разыгрывать проблемные ситуации, чтобы пациент имел возможность отработать адекватные реакции. Биологическая обратная связь — отработка контроля физиологических реакций; терапевт может также попросить пациента применить во время психотерапевтического сеанса технику релаксации. При освоении когнитивных стилей пациента могут попросить проговорить эффективные формулы самонастройки. В случае конкретного когнитивного реструктурирования пациента могут попросить сначала проанализировать и озвучить собственные дисфункциональные представления, правила или ожидания, связанные с проблемной ситуацией, а затем реструктурировать их за счет выработки более эффективных. Внутренняя отработка, т.е. отработка необходимых реакций в воображении пациента, также может быть действенным средством закрепления навыков. Она может быть даже эффективнее, чем внешние методы, при обучении сложным когнитивным навыкам и полезнее, если пациент не хочет открыто практиковать навыки. Пациента могут попросить заняться отработкой эмоциональной регуляции; однако, как правило, "эмоциональное поведение" не поддается непосредственной отработке. Пациент не может отрабатывать гнев, печаль или радость. Вместо этого он должен отрабатывать отдельные составляющие эмоций (изменение выражения лица; сосредоточение на мыслях, которые сдерживают или вызывают определенные эмоции; изменение напряжения мышц и т.д.).

Мой опыт показывает, что поведенческая репетиция редко нравится пациентам. поэтому терапевту часто приходится прибегать к различным уловкам и применять стратегии формирования. Если, например, пациент отказывается от ролевой игры по определенной ситуации, терапевт может попытаться провести репетицию поведения в форме диалога ("Что бы вы могли сказать в такой ситуации?") или отработать навык хотя бы частично, чтобы не переутомить пациента. Однако суть поведенческой репетиции заключается в том, что пациент, если он хочет измениться. должен *на практике* отрабатывать новое поведение. Некоторые терапевты тоже не любят заниматься поведенческой репетицией, особенно если это требует поведенческой игры с пациентами. Если поведенческая игра причиняет терапевтам психологический дискомфорт, для них полезнее всего практиковаться в ролевой игре с другими членами консультативной группы по обсуждению клинических случаев. Иногда терапевт не хочет применять ролевую игру, не желая навязывать пациентам поведенческую репетицию. Такие специалисты могут не знать факта, подтвержденного многочисленными данными: поведенческая репетиция оказывает непосредственное влияние на терапевтический прогресс (см., например, *Linehan et al., 1979*).

2. Подкрепление новых навыков

Подкрепление терапевтом новых поведенческих паттернов пациента — одно из самых действенных средств формирования и закрепления эффективного поведения при работе с пограничными и суицидальными индивидами. Зачастую жизнь этих пациентов складывалась таким образом, что их окружение злоупотребляло наказанием. Такие пациенты часто ожидают негативной, наказывающей обратной связи от всего внешнего мира вообще и от своих терапевтов в частности, а также применяют самонаказание как почти единственное средство формирования собственного поведения. При длительном применении подкрепление навыков со стороны терапевта может улучшить "Я"-образ пациента; способствовать эффективному поведению пациента; а также усилить у пациента ощущение того, что своими действиями он сможет добиться положительных результатов.

Техники обеспечения адекватного подкрепления подробно обсуждались в главе 10. Однако важно отметить, что терапевту нужно оставаться внимательным и отмечать поведение пациента, которое свидетельствует о поведенческих улучшениях, даже если оно доставляет терапевту некоторые неудобства. Например, обучать пациента межличностным навыкам, необходимым ему для налаживания отношений со своими родителями, а затем наказывать пациента за применение этих же навыков при общении с терапевтом — нетерапевтично. Призывать пациента к самостоятельному мышлению, а затем наказывать или игнорировать его за несогласие со специалистом — нетерапевтично. Убеждать пациента в том, что не следует бояться "несоответствия" при любых обстоятельствах и что к дистрессу можно быть устойчивым, а затем проявлять нетерпимость к пациенту за то, что он не соответствует меркам или предубеждениям специалиста относительно индивидов с ПРЛ, — нетерапевтично.

3. Обратная связь и коучинг

Обратная связь — предоставление пациентам информации относительно эффективности их деятельности. Хочу подчеркнуть, что обратная связь должна относиться к *деятельности*, а не к мотивам, которые предположительно приводят к этой деятельности. Одна из трагедий в жизни многих индивидов с ПРЛ состоит в том, что люди редко предоставляют им обратную связь относительно их действий, которая была бы свободна от интерпретаций поведения с точки зрения предположительных мотивов и намерений. Если эти предположения не соответствуют действительности, индивиды с ПРЛ часто не воспринимают обратную связь в целом или пропускают мимо ушей ценную информацию о своем поведении. Обратная связь со стороны терапевта должна быть конкретной и поведенчески ориентированной, т.е. терапевт должен точно указать пациенту, что именно в его поведении свидетельствует либо о сохранении проблем, либо об улучшениях. Пациент не поверит словам терапевта о том, что он пытается им манипулировать, контролировать ход терапии, актерствует, проявляет чрезмерную зависимость и т.д., если это не подтверждается очевидными поведенческими ссылками. Это особенно актуально, если терапевт верно указывает поведенческую проблему, но ошибается в интерпретации ее мотивации. Многие конфликты между пациентами и терапевтами возникают на почве именно таких ошибок.

Терапевт должен обращать пристальное внимание на поведение пациента (как во время психотерапевтического сеанса, так и в промежутках между сеансами, ори-

ентируясь на самоотчеты) и выбирать те реакции, которые требуют обратной связи. В начале терапии, когда пациент едва ли способен на компетентное поведение, терапевту обычно рекомендуется предоставлять обратную связь относительно ограниченного количества реакций. Например, терапевт должен выбрать для обратной связи одну-две реакции и ограничиться ими, хотя и может комментировать другие виды поведенческого дефицита. Обратная связь относительно большего количества реакций может привести к перегрузке раздражителями и/или отрицательному влиянию на темпы терапевтического прогресса. При использовании стратегий обратной связи, коучинга и подкрепления, предназначенных для поощрения эффективной деятельности, следует применять парадигму формирования реакций, или шейпинга, которая обсуждалась в главе 10.

Пациенты с ПРЛ часто жаждут обратной связи относительно их поведения, но в то же время чрезвычайно болезненно воспринимают негативную обратную связь. Выход из этой ситуации — окружить негативную обратную связь позитивной. Попытки полной изоляции пациента от негативной обратной связи тоже не идут ему на пользу. Важный аспект обратной связи — предоставление пациенту информации о влиянии его поведения на терапевта. Подробнее эта тема обсуждается в главе 12 в связи со стратегиями реципрокной коммуникации.

Коучинг подразумевает сочетание обратной связи с инструкциями. Терапевт рассказывает пациенту, почему определенная реакция не соответствует критериям компетентной деятельности и как можно добиться улучшений. Коучинг, таким образом, — это когда пациенту говорят, как измениться к лучшему или что ему следует делать. Клиническая практика показывает, что "разрешение" на определенные виды поведения, которое неявно дается при коучинге, может быть единственным фактором, необходимым для достижения поведенческих изменений.

ПРОЦЕДУРЫ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ НАВЫКОВ

ДПТ не предполагает, что навыки, приобретенные с помощью терапии, сами собой генерализуются на ситуации повседневной жизни вне терапии. Поэтому для терапевта очень важно активно способствовать такому переносу навыков. Некоторые необходимые для этого конкретные процедуры приведены в табл. 11.3 и рассматриваются в следующих разделах.

Таблица 11.3. Процедуры генерализации навыков

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ навыков:

- предоставление пациенту комплекса адекватных реакций на каждую ситуацию;
- варьирование тренировочных ситуаций, в которых пациент отрабатывает навыки;
- воспроизведение в терапевтическом контексте наиболее важных характеристик межличностных отношений, в которых пациент участвует вне терапии.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ пациента в промежутках между психотерапевтическими сеансами с целью помочь ему применять навыки в реальных ситуациях:

- терапевт помогает пациенту применять навыки в проблемных ситуациях посредством телефонных консультаций.

Предоставление пациенту АУДИОКАССЕТ с записями психотерапевтических сеансов, чтобы пациент мог прослушивать их в свободное время.

Таблица 11.3 (окончание)

Поручение пациенту ЗАДАНИЙ ПО ОТРАБОТКЕ ПОВЕДЕНИЯ в реальных условиях:

- в стандартной ДПТ (с разделением индивидуальной психотерапии и тренинга навыков) основной терапевт дает пациенту задания для работы во время тренинга навыков; ведущий тренинга навыков дает пациенту задания для работы с основным терапевтом;
- терапевт приспосабливает задания к потребностям и способностям пациента; терапевт использует принципы формирования, или шейпинга.

Помощь пациенту в ФОРМИРОВАНИИ ОКРУЖЕНИЯ, которое подкрепляло бы его эффективное поведение:

- терапевт обучает пациента тому, как обеспечить подкрепление со стороны естественного социального окружения;
- терапевт обучает пациента поведению, которое соответствует естественным возможностям, имеющимся в окружении последнего;
- терапевт обучает пациента навыкам самоуправления, особенно в связи со структурированием окружения;
- терапевт открыто и последовательно говорит о необходимости подкрепления желаемых реакций пациента им самим или обеспечения пациентом такого подкрепления со стороны окружения как об обязательном условии изменений;
- во время психотерапевтических сеансов с парами или семьями терапевт подчеркивает необходимость социального подкрепления адаптивного поведения и устранения наказания за него;
- терапевт постепенно переходит в режим периодического подкрепления, при котором подкрепление со стороны терапевта происходит реже, чем со стороны окружения.

1. Обеспечение генерализации навыков

На каждом этапе тренинга навыков ведущему следует активно программировать два типа обобщения. Что касается первого вида, который называется генерализацией реакций, терапевт заботится о том, чтобы осваиваемые навыки были универсальными и гибкими, дабы в разных условиях у пациента было несколько вариантов поведения, из которых он мог бы выбирать. При применении описанных выше процедур терапевт должен приложить усилия к тому, чтобы моделировать, объяснять, подкреплять и рекомендовать ряд эффективных ответов на каждую ситуацию. Например, при выработке адекватных решений проблемных ситуаций терапевт должен помочь пациенту придумать различные реакции, а не останавливать его сразу после того, как он предложит одно эффективное решение. Подобным образом следует моделировать и подкреплять различные реакции на один и тот же тип ситуации. Что касается второго типа, который называется генерализацией раздражителей, терапевт заботится о том, чтобы навыки, освоенные в определенном контексте, распространялись и на другие контексты. Большинство процедур, перечисленных ниже, рассчитаны на то, чтобы способствовать именно этому типу генерализации. Основной смысл такой генерализации состоит в том, что терапевту нужно подвести пациента к применению навыков в самых разных ситуациях. Особенно важно, чтобы специалист постарался отобразить в терапевтических отношениях важные характеристики межличностных отношений пациента вне терапии. Один из способов добиться этого, не теряя искренности отношений, подчеркивать сходство внешних ситуаций, с одной стороны, и проблем и взаимодействий в рамках терапии — с другой.

2. Консультации в промежутках между сеансами

Пациентов нужно поощрять к консультациям в промежутках между психотерапевтическими сеансами, если они не могут применять новые навыки в естественном окружении. При индивидуальной амбулаторной терапии такая консультация обычно проходит по телефону. Другая техника, разработанная Чарльзом Свенсоном из Корнелльского медицинского центра (Нью-Йоркский госпиталь в Уайт-Плейнс), которая обсуждалась в главе 6, заключается в том, чтобы создать должность поведенческого консультанта с постоянными часами приема, который будет специализироваться на помощи пациентам в применении новых навыков в повседневной жизни. При стационарной терапии и в условиях дневного стационара пациентам можно посоветовать обращаться за помощью к персоналу, если они испытывают трудности.

Во время этого взаимодействия терапевт и пациент могут обсуждать применение значимых навыков в реальных ситуациях, с которыми сталкивается пациент. В целом такое взаимодействие должно проводиться в формате решения проблем. Терапевт должен всемерно помогать пациенту прийти к эффективному решению проблемы или найти способы применения приобретенных навыков, а не просто предлагать пациенту готовые решения. Соблазн дать пациенту готовое решение, вместо того чтобы трудиться и искать решение вместе с ним, особенно силен в том случае, если специалисту не хватает времени или он не может заниматься с пациентом именно сейчас. В таких случаях терапевту лучше попросить пациента перезвонить или зайти в более удобное для него время. Телефонные консультации и другие особые стратегии подробнее обсуждаются в главе 15.

3. Аудиозаписи психотерапевтических сеансов

Все психотерапевтические сеансы необходимо записывать на аудиокассеты для анализа и предоставления супервизору. Дубликат записи можно дать пациенту, чтобы тот прослушивал его в промежутках между сеансами. Стратегия аудиоконтроля необходима по нескольким причинам. Во-первых, из-за высокого эмоционального возбуждения во время психотерапевтических сеансов, трудностей с концентрацией внимания, которые сопровождают депрессию и тревогу, а также диссоциативных реакций пациент зачастую неспособен воспринимать большую часть происходящего во время психотерапевтического сеанса. Прослушивание аудиозаписей помогает пациенту лучше запомнить информацию, предложенную во время психотерапевтического сеанса. Во-вторых, прослушивание записей может стать для пациента источником важных инсайтов относительно собственного поведения, реакций терапевта, а также взаимодействия между ними. Такие инсайты часто помогают пациенту понять и улучшить собственное межличностное поведение и взаимоотношения с терапевтом. В-третьих, прослушивание записей психотерапевтических сеансов может помочь пациенту в интеграции и использовании материалов в естественном окружении. Пациент фактически заново переживает терапевтические инсайты вне терапии. Наконец, многие пациенты сообщают, что прослушивание записей может оказаться очень полезным, когда они чувствуют себя ошеломленными или сокрушенными трудностями, не могут совладать с паникой или не способны справиться с проблемами в промежутках между психотерапевтическими сеансами.

Простое прослушивание записей действует на пациента подобно дополнительному сеансу с терапевтом. Последнему следует всячески поощрять подобное использование записей.

При терапевтическом применении аудиозаписей сеансов могут возникнуть некоторые проблемы. Одна из них состоит в том, что пациент не имеет и не может купить магнитофон или кассеты к нему. Если проблема заключается именно в этом (что случается нередко), в начале терапии следует дать пациенту несколько чистых кассет и одолжить магнитофон. В ходе решения проблем во время психотерапевтического сеанса нужно подчеркивать задачу нахождения средств для покупки кассет и магнитофона (или поиска подходящего человека, у которого можно на время взять магнитофон). Если эту проблему не удается решить никаким другим способом, следует предоставить пациенту возможность прослушивать аудиозаписи сеансов в кабинете терапевта. Иногда пациент забывает принести чистую кассету на психотерапевтический сеанс. Если прослушивание записей пациентом считается составной частью терапевтического процесса, терапевт должен проанализировать такую забывчивость и отнестись к ней как к препятствующему терапии поведению. Наконец, некоторые пациенты заявляют, что не могут слушать аудиозаписи сеансов, потому что им неприятно слышать свой голос. В таких случаях следует объяснить пациенту, что на первых порах большинство людей испытывают такие же трудности, но со временем слушать свой голос станет не только легко, но даже очень полезно. Однако прослушивание записей не должно навязываться пациенту силой. Если пациент наотрез отказывается прослушивать аудиокассеты, его желание нужно уважать. Время от времени следует возвращаться к теме прослушивания — на тот случай, если пациент все-таки изменит свое отношение.

4. Задания по отработке поведения в реальных условиях

Еженедельные поведенческие задания являются важным аспектом структурированных модулей поведенческого тренинга и служат основным способом интеграции навыков в повседневную жизнь. Однако очень важно, чтобы как ведущий тренинга навыков, так и индивидуальный терапевт поддерживали намеченные поведенческие задания, расспрашивали пациента о том, как он с ними справляется, и помогали ему преодолевать препятствия, возникающие при отработке нового поведения. Зачастую при структурированном тренинге по отработке навыков не хватает времени, чтобы уделить достаточное внимание индивидуальным проблемам, особенно если тренинг групповой. Пациенты часто не хотят признавать или обсуждать свои трудности с отработкой навыков. "Стандартная" ДПТ совмещает тренинг навыков с индивидуальной психотерапией. Существенно важно, чтобы индивидуальный терапевт сосредоточился на помощи пациенту в применении осваиваемых навыков к проблемам, которые привели его на терапию. Само собой разумеется, что терапевт должен следить за тем, *что* изучает пациент на структурированном тренинге навыков.

Домашние задания при структурированном тренинге ориентированы на конкретные навыки, которые осваиваются на данном этапе. Однако индивидуальный терапевт может использовать некоторые домашние задания и соответствующие анкеты на протяжении всей терапии или по мере необходимости. При индивидуальной

психотерапии использование домашних заданий может подстраиваться под нужды пациента. Например, одна из этих анкет посвящена выявлению и обозначению эмоций и проводит пациента через несколько этапов, которые помогают ему разобраться в своих чувствах. Индивидуальный терапевт может предложить, чтобы пациент использовал анкеты для самостоятельной работы всякий раз, когда он дезориентирован или парализован своими эмоциями. "Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности" содержит большое количество анкет для домашних заданий по всем поведенческим навыкам ДПТ. Индивидуальным терапевтам также не помешает изучить эти задания, чтобы соотнести их с предпочтениями и потребностями как пациента, так и своими собственными.

Использование стратегий консультирования пациента при отработке заданий. В стандартной ДПТ пациенты, общаясь с одним терапевтом, нередко жалуются на другого. Подобные жалобы также часто слышны в клиниках, дневных стационарах, в стационарных отделениях. Проблемы с другими специалистами терапевтической программы дают пациенту и терапевту благоприятную возможность поработать над многими навыками, которые впоследствии можно отрабатывать во взаимодействии с тем специалистом, которым недоволен пациент.

Например (как это часто бывает в моей программе), пациент при прохождении структурированного тренинга навыков может жаловаться своему индивидуальному терапевту на ведущего тренинга, сетуя на его нерассудительность или какие-то ошибки. Индивидуальный терапевт должен помочь пациенту проанализировать ситуацию и определить, какой комплекс (или какие комплексы) навыков целесообразно использовать для отработки во взаимодействии с другим специалистом. Пациент может отрабатывать свои межличностные навыки, чтобы повлиять на поведение другого специалиста. Или же пациент может использовать эту возможность, чтобы попрактиковаться в навыках перенесения дистресса и принять как ситуацию в целом, так и свои чувства, которые эта ситуация вызывает. Или же, если эмоции слишком сильны или болезненны, пациент получит отличную возможность попрактиковаться в модулировании или изменении своих эмоциональных реакций на данный тип межличностных проблем. Индивидуальный терапевт может прилагать особые усилия к тому, чтобы помочь пациенту в отработке навыков психической вовлеченности (в частности, некритического отношения) в контексте данной ситуации. На следующем психотерапевтическом сеансе пациент и терапевт могут обсудить отработку навыков. Направленность жалоб в моей программе столь же часто меняется на противоположную: во время тренинга навыков пациенты жалуются на своего индивидуального терапевта. Ведущий тренинга навыков может помочь пациенту выяснить, какие новые навыки он способен применить во взаимодействии с индивидуальным терапевтом.

Что касается суицидальных пациентов, то полезно помочь им в отработке новых навыков, особенно общения по поводу суицидального поведения, что необходимо при контакте с персоналом стационарных отделений и психиатрической скорой помощи. Например, пациенты могут отрабатывать межличностные навыки, которые необходимы для направления на госпитализацию, выписки из психиатрической клиники, получения дополнительного внимания со стороны персонала (или избавления от излишнего внимания со стороны персонала), успокоения персонала

избежания принудительного ограничения свободы и т.д. Навыки перенесения дистресса и эмоциональной регуляции хорошо отрабатывать в том случае, если пациент должен следовать жестким правилам, придерживаться неразумных ограничений и соответствовать завышенным требованиям. Обучение пациентов использованию полученных поведенческих навыков с другими специалистами настолько важно в ДПТ, что этому посвящен целый комплекс терапевтических стратегий — стратегии консультирования пациента (они обсуждаются в главе 13).

Использование диалектических стратегий и принципов формирования при разработке заданий. С точки зрения ДПТ, проблемные терапевтические и повседневные ситуации могут рассматриваться как благоприятные возможности для отработки поведенческих навыков. Такой рефрейминг (из проблемы в возможность) — пример диалектической стратегии обращения недостатков в достоинства, описанной в главе 7. Диалектическое напряжение в этом случае обычно возникает между необходимостью отрабатывать новые навыки и необходимостью успешного опыта для пациента, который подкреплял бы новые навыки. Принципы формирования, или шейпинга (описанные в главе 10), в равной мере важны при разработке домашних заданий и должны всячески пропагандироваться и поощряться терапевтом. Пациентов, которые хотят отрабатывать навыки только в безопасных ситуациях, нужно побуждать, а пациентов, которые берутся за непосильные для них задания, следует сдерживать.

5. Средовые изменения

Как я уже упоминала, индивиды с ПРЛ тяготеют к пассивному стилю регуляции. На континууме, крайними точками которого будут саморегуляция и внешняя, средовая регуляция, пациенты с ПРЛ находятся почти рядом со вторым полюсом. Многие терапевты склонны полагать, что на этом континууме полюс саморегуляции более предпочтителен или связан с более зрелой личностью, поэтому затрачивают значительную часть времени, отведенного на терапию, пытаясь усилить саморегуляцию пациентов с ПРЛ. Хотя ДПТ не утверждает обратного и не говорит о предпочтительности средовой регуляции, ДПТ считает, что легче (и в конечном счете полезнее) опираться на характерные особенности пациента, а не противодействовать им. Поэтому, как только поведенческие навыки освоены, следует обучать пациента тому, как максимизировать средовое подкрепление эффективного, положительного поведения, а не отрицательного. Сюда может относиться обучение пациента формированию структуры, публичные (а не личные) обязательства, обучение поиску та/ких коллективов и стилей жизни, которые поддерживают новые навыки, и обучение тому, как добиваться со стороны других людей подкрепления позитивных, а не негативных навыков. Это не значит, что пациентов не нужно обучать навыкам саморегуляции; скорее, типы навыков саморегуляции должны быть ориентированы на сильные стороны пациентов. Письменный самоконтроль на основе подготовленной дневниковой формы, например, более предпочтителен, чем попытки каждый день запоминать наблюдаемое поведение. Предпочтительнее не держать дома алкоголь, чем уговаривать себя не прикасаться к бутылке, которая стоит в холодильнике.

И последнее. Иногда недавно освоенные навыки не генерализуются, потому что в повседневной жизни сами пациенты наказывают собственное поведение. Это обычно происходит оттого, что их требования к своему поведению настолько высоки, что они просто не могут достигнуть уровня подкрепления. Чтобы обеспечить возможность генерализации поведенческих навыков, упомянутый паттерн необходимо изменить. (Проблемы самоподкрепления и самонаказания обсуждались в главах 8 и 10.) Стратегии поведенческой валидации, предназначенные для предотвращения подобных проблем, также следует при этом использовать.

Работа с семьями и парами. Один из способов максимизировать генерализацию навыков — приглашать на психотерапевтические сеансы людей из окружения пациентов. Обычно это члены семьи пациента, супруг/супруга или романтический партнер. Работа с семьями и парами способствует генерализации по нескольким направлениям. Навыки, освоенные и отработанные с терапевтом, могут практиковаться применительно к другим значимым для пациента людям. Такой формат психотерапевтических сеансов также позволяет терапевту непосредственно наблюдать трудности межличностного общения пациента с близкими людьми; иногда обе стороны могут обнаружить, что приобретенных навыков недостаточно и необходимо осваивать новые. Сеансы подобной направленности также дают возможность инструктировать членов семьи, супругов или партнеров о необходимости подкрепления позитивного поведения, а не негативного. Зачастую новые навыки не поддаются генерализации, потому что окружение скорее наказывает, чем вознаграждает их. Навыки уверенного поведения — типичный тому пример, особенно когда непосредственное социальное окружение не располагает временем, энергией или желанием удовлетворять потребности индивида.

Периодическое подкрепление. На начальном этапе тренинга навыков ведущий моделирует, инструктирует, подкрепляет, обеспечивает обратную связь и "натаскивает" пациента для использования навыков как в контексте психотерапевтических сеансов, так и в естественном окружении. Однако если адекватное поведение в естественном окружении должно освободиться от влияния терапевта, то терапевту следует постепенно уменьшать использование этих процедур, особенно инструкций и подкрепления. Цель этого — перевести процедуры тренинга навыков в режим периодического подкрепления. При этом терапевт станет предоставлять инструкции и коучинг настолько редко, что пациенту легче будет справиться с проблемой самостоятельно; и обеспечивать меньше моделирования, обратной связи и подкрепления, чем пациент может получить от естественного окружения.

ЭКСПОЗИЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

Экспозиционные процедуры первоначально предназначались для снижения интенсивности нежелательных, проблемных и связанных со страхом эмоций [1]. В ДПТ эти процедуры расширены и несколько модифицированы для терапии других эмоций, включая чувство вины, стыд и гнев. Четыре состояния, характерные для индивидов с ПРЛ, предполагают необходимость непосредственной работы с болезненными эмоциями при любой терапии. *Во-первых*, для многих пациентов

самыми серьезными и актуальными проблемами выступают такие эмоции, как тревога, страх, паника, стыд, чувство вины, печаль и гнев. Функциональная ценность многих проблемных пограничных поведенческих паттернов заключается в их эффективности для ослабления этих эмоций. *Во-вторых*, хотя индивиды с ПРЛ часто обладают многими поведенческими навыками, необходимыми в определенной ситуации, возможность использования этих навыков зачастую сдерживается антиципаторным* страхом, стыдом или чувством вины, либо этой возможности препятствует излишний гнев или скорбь. *В-третьих*, многие пациенты с ПРЛ испытывают настолько сильный страх переживания и выражения эмоций, что зачастую неспособны обсуждать с терапевтом какие-либо темы, связанные с эмоциями. Другими словами, пациенты страдают эмоциональной фобией. Наконец, вследствие травматических событий в прошлом (включая перенесенный опыт сексуального насилия в детском возрасте) многие индивиды с ПРЛ страдают из-за неразрешенных, навязчивых эмоциональных реакций, связанных с пережитым стрессом. Некоторые пограничные паттерны непосредственно относятся к этим устойчивым эмоциональным реакциям. В ДПТ экспозиционные процедуры выступают важным аспектом лечения этих проблем.

Мало сомнений в том, что неподкрепленная экспозиция вызывающих страх объектов или ситуаций эффективна для терапии эмоциональных расстройств, вызванных тревогой. Экспозиция связанных с тревогой раздражителей имеет большое значение при терапии дисфункциональных страхов, паники, фобий, посттравматических стрессовых реакций, агорафобии, обсессивных паттернов, компульсивного поведения и общей тревоги (*Barlow, 1988*). Однако экспозиционная терапия традиционно не включала такие эмоции, как стыд, чувство вины и гнев. В ДПТ модифицированные версии экспозиционных процедур используются для ослабления упомянутых эмоций, а также эмоций, связанных со страхом. В частности, используемые в ДПТ процедуры включают неподкрепленную экспозицию событий, которые порождают страх, скорбь, чувство вины, стыд и гнев, а также вызывают одновременное блокирование или радикальное изменение автоматических, неадаптивных тенденций эмоционального действия и экспрессивных тенденций. Делается упор как на терапевтической экспозиции, так и на изменении поведения.

Экспозиционные процедуры используются в ДПТ несколько неформально. Не существует какого-либо отдельного модуля, в котором целые психотерапевтические сеансы или серии сеансов были бы полностью посвящены использованию таких процедур. Исключением будет лишь снятие реакций посттравматического стресса на втором этапе терапии. Особенно при терапии жертв сексуального насилия экспозиционные процедуры ДПТ следует применять чрезвычайно направленно. В качестве альтернативы можно интегрировать или параллельно применять любую отработанную форму терапии, особенно если она рассчитана на работу именно с жертвами сексуального насилия.

Несмотря на неформальный характер экспозиции в ДПТ, она используется на протяжении всей терапии. Многие из стратегий, которые я ранее обсуждала, могут подвергаться повторному анализу в свете их способности обеспечивать паци-

---

* Антиципация (лат. *anticipatio*) — предвосхищение, предугадывание событий, заранее составленное представление о чем-либо. — *Примеч. ред.*

енту экспозицию эмоционально обусловленных стимулов и блокировать тенденции эмоционального действия. Терапевтическая экспозиция включает следующие ключевые моменты: 1) предъявляются раздражители, которые соответствуют проблемной ситуации и вызывают обусловленные эмоциональные реакции; 2) аффективные реакции не подкрепляются; 3) блокируются неадаптивные реакции совладания, включая реакции избегания и другие тенденции действия; 4) у индивида повышается ощущение контроля над ситуацией или над собой; 5) терапевтическая экспозиция длится достаточно долго (или происходит достаточно часто), чтобы оказывать воздействие.

Ориентирование и обязательства относительно терапевтической экспозиции: обзор задачи

Старая пословица "Если упал с лошади, снова садись в седло" объясняет принцип действия экспозиции для терапии страха. Большинство пациентов знакомы с этой пословицей или с другой, близкой по смыслу. При ориентировании пациента на терапевтическую экспозицию клиницист должен подчеркнуть эффективность такой тактики. Он должен убедить пациента: в конце концов тот выиграет от того, что будет идти против своих эмоций. Обычно пациенты в принципе соглашаются с упомянутой пословицей, но не вполне понимают, каким образом она связана с их конкретными проблемами. Задача терапевта — установить эту взаимосвязь. При этом могут очень пригодиться такие диалектические стратегии, как, например, рассказывание историй и образные сравнения.

Опять-таки, пациенты с ПРЛ настолько боятся эмоций, особенно отрицательных, что пытаются избегать их путем блокирования своих переживаний, т.е. избегают эмоциональных раздражителей и сдерживают переживание эмоций. Поэтому они не имеют возможности понять, что эмоции, если им не препятствовать, приходят и уходят. Задача терапевта — убедить таких пациентов, что эмоции напоминают морские волны, накатывающие на берег. Если не создавать для них препятствий, волны отступают в море. Пациенты с эмоциональной фобией пытаются задержать "волны" эмоций, возводя преграды на их пути. Однако вместо того чтобы откатывать назад, "волны" эмоций заполняют промежутки между "стен", надолго задерживаясь там. Выход из положения — разрушить преграды.

В большинстве случаев при терапевтической экспозиции существенно важно сотрудничество пациентов. Пациент может заблокировать терапевтическую экспозицию диссоциацией, деперсонализацией, отвлечением на другие мысли и образы, уходом, отвлечением от темы; образно выражаясь, пациент может закрыть глаза и уши и полностью отгородиться от внешнего мира. Поэтому большое значение имеют стратегии ориентирования и стратегии обязательств. В частности, полезно настроить пациента на то, что очень непродолжительная экспозиция будет только создавать проблемы, но не сможет их разрешить. Если пациент все время будет быстро прекращать терапевтическую экспозицию, он может почувствовать себя еще хуже. При этом очень важна валидация клиницистом серьезных трудностей, связанных с терапевтической экспозицией болезненных и угрожающих стимулов, и применение стратегии "За лапоть — курочку, за курочку — гуся, за гуся — овечку..." (подробнее об этой стратегии рассказывается в главе 9).

Помощь пациенту в понимании смысла экспозиционной терапии часто служит для терапевта ключом к приверженности и сотрудничеству с ним. Обсуждение результатов экспериментов и исследований, а также личного и клинического опыта терапевта также может быть очень полезным. Доходчивое объяснение принципов действия и изменения эмоций тоже пойдет на пользу. Как и при применении теории научения и причинно-следственного управления, терапевт должен хорошо ориентироваться в результатах научных исследований и экспериментов, чтобы должным образом направлять пациента и применять экспозиционные процедуры. К услугам терапевта имеется ряд прекрасных работ (например, *Barlow, 1988; Greenberg & Safran, 1987*). По проблеме эмоциональных изменений было предложено несколько альтернативных теорий. В зависимости от степени сопротивления, которое пациент оказывает экспозиционным стратегиям, можно обсуждать эти теории на этапе ориентирования пациента. Эффективность экспозиционной терапии приписывалась процессу гашения, привыкания и биологической закалки (обзор см. в: *Barlow et al., 1988*). Представители теории обработки информации предположили, что изменение — результат эмоциональной обработки, которая ведет к интеграции новой, откорректированной информации, несовместимой с существующими когнитивными структурами, относящимися к угрозе (*Foa & Kozak, 1986*). Суть теории в том, что можно "разучиться" реагировать таким образом, который был выучен ранее; выработанные условные связи могут быть разорваны. Однако Д. Барлоу с соавторами (*Barlow et al., 1988*) и некоторые другие исследователи (например, *Izard, 1977*), говоря о современной теории эмоций и исследованиях в этой области, предположили, что эффективность этих процедур относится к следующему факту: экспозиционные процедуры препятствуют тенденциям действия, связанным с эмоциями. Например, во всех процедурах, нацеленных на проблемы, связанные со страхом, блокируется эмоционально обусловленное избегание. Таким образом, эти процедуры препятствуют тенденциям действия, связанным со страхом (бегством). По выражению Д. Барлоу, при применении экспозиционных процедур индивиды "действием вводят себя" в новое эмоциональное состояние.

За исключением блокировки преждевременного избегания при терапии страха, стандартные экспозиционные процедуры обычно не нацелены на изменение эмоционального поведения при терапевтической экспозиции эмоционально-провоцирующих ситуаций. В ДПТ такой акцент присутствует, и терапевту важно предоставить пациенту его вразумительное и убедительное обоснование. Многие пациенты полагают, что выражение эмоций, отличных от тех, которые они фактически испытывают, является чем-то чужеродным. И действительно, инвалидирующее окружение так активно поощряет утаивание и "маскировку" отрицательных эмоций, что требование терапевта работать над изменением эмоционального поведения, скорее всего, будет воспринято как очередная реакция такого рода. Обосновывая требование поведенческих изменений, терапевт может пояснить пациенту несколько важных моментов.

Важно различать маскировку эмоций и изменение их выражения. Маскировка обычно сопровождается напряжением лицевых мышц. Выражение противоположной эмоции — такой, например, как спокойствие (эмоция, обратная страху) или удовлетворение (эмоция, обратная чувству вины или стыда) — требует расслабления тех же самых мышц. Маскировка и напряжение очень сильно отличаются от

расслабления; скрывающая страх ухмылка очень отличается от радостной улыбки. Обучение пациента мимике, выражающей противоположные эмоции, может быть очень действенным терапевтическим средством.

Смысл изменения выражения лица и положения тела заключается в том, что мышцы, особенно мышцы лица, посылают в мозг информацию о чувствах, которые испытывает индивид. Эти сообщения в свою очередь усиливают и поддерживают данные эмоции. Экспозиционные процедуры в ДПТ предназначены для того, чтобы заставить мышцы лица и тела изменить посылаемую в головной мозг информацию, например сообщить, что пугающая ситуация не вызывает у индивида страха. Маскировка, в отличие от расслабления, посылает сообщение следующего содержания: "Это страшно, но страх нельзя показывать". Подобным образом могут посылать сообщения в головной мозг и действия. Изменение действий изменяет информацию сообщения. Исследовательская литература демонстрирует довольно четкую закономерность: изменение сообщения может изменить продолжительность и интенсивность эмоций. Сдерживание выражения эмоций, модуляцию (ослабление или усиление) его интенсивности или продолжительности и симуляцию эмоциональной экспрессии можно использовать для регуляции или даже активации реальных эмоций (*Duncan & Laird, 1977; Laird, 1974; Laird, Wagener, Halal, & Szegda, 1982; Rhodewalt & Comer, 1979; Zuckerman, Klorman, Larrance, & Spiegel, 1981; Lanzetta, Cartwright, Smith, & Kleck, 1976; Orr, 1980*). Таким образом, модулирование выражения эмоций служит методом эмоциональной регуляции и контроля. Терапевт может вместе с пациентом читать литературу по этой теме.

Преобразование выражения и тенденций действий следует представлять как тактику изменения тех эмоций, которые не устраивают самого пациента. Эта тактика используется для ослабления нежелательных, дисфункциональных отрицательных эмоций в тех ситуациях, которыми данные эмоции обусловлены. Данная тактика не используется для ослабления всех отрицательных эмоций; наоборот, основная посылка ДПТ состоит в том, что именно неспособность переносить такие эмоции выступает основным источником многих пограничных поведенческих паттернов, а не сами эмоции как таковые. Поэтому целью ДПТ часто является как раз перенесение эмоций, а не их изменение. Экспозиционные процедуры также не направлены на изменение выражения эмоций. Наоборот, главный акцент ДПТ приходится на ослабление страха, связанного с обычным выражением эмоций. Конкретные стратегии на основе терапевтической экспозиции обсуждаются ниже и кратко представлены в табл. 11.4.

Таблица 11.4. Экспозиционные процедуры

Ориентирование пациента на экспозиционные процедуры и получение от него обязательств к сотрудничеству:

- терапевт удостоверяется, что пациент понимает принципы экспозиционных процедур и способен к плодотворному сотрудничеству;
- терапевт разграничивает "маскировку эмоций" и "изменение выражения эмоций".

Терапевт обеспечивает НЕПОДКРЕПЛЕННУЮ ЭКСПОЗИЦИЮ раздражителей, которые вызывают проблемные эмоции:

- терапевт удостоверяется в получении и обработке пациентом новой информации, связанной со страхом и вызывающими тревогу ситуациями;
- терапевт использует экспозиционные процедуры применительно к проблемным эмоциям вины и стыда только в том случае, когда эти эмоции не поддерживаются ситуацией;

Таблица 11.4 (окончание)

- терапевт использует такие провоцирующие гнев ситуации, с которыми пациент в конечном счете справится, если только сможет переносить фрустрацию достаточно долгое время;
- терапевт подстраивает ситуации терапевтической экспозиции к проблемным ситуациям;
- терапевт следит за тем, чтобы терапевтическая экспозиция действительно состоялась:
  — терапевт внимательно следит за "отвлекающими маневрами" пациента и не поддается на них;
  — при мысленной экспозиции терапевт просит пациента описывать свои ощущения подробно и в настоящем времени;
- терапевт регулирует интенсивность терапевтической экспозиции;
- клиницист обеспечивает терапевтическую экспозицию достаточно длительную для того, чтобы эмоция активировалась и успела ослабнуть; но не настолько длительную, чтобы пациент утратил контроль;
- терапевт надлежащим образом использует специальные стратегии и процедуры изменения в качестве экспозиционных техник:
  — поведенческий анализ;
  — тренинг навыков;
  — причинно-следственные процедуры;
  — прекращение или ослабление поддержки.

БЛОКИРОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ ДЕЙСТВИЯ, ассоциирующихся с проблемными эмоциями пациента:

- терапевт блокирует тенденцию пациента к избеганию/бегству при испуге и/или страхе;
- терапевт блокирует тенденцию пациента прятаться или отстраняться, когда он переживает стыд;
- терапевт блокирует тенденцию пациента наказывать себя или искупать несуществующую вину;
- терапевт блокирует тенденцию пациента к агрессивным и враждебным реакциям; или, если пациента пугает эмоция гнева, терапевт блокирует избегание гнева и помогает пациенту растормозить переживание этой эмоции.

Помощь пациенту в ВЫРАЖЕНИИ ЭМОЦИЙ, ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ переживаемым:

- терапевт объясняет разницу между "маскировкой" и выражением других эмоций.

УСИЛЕНИЕ ЧУВСТВА КОНТРОЛЯ пациента над негативными событиями, вызывающими соответствующий аффект:

- клиницист разрабатывает применение терапевтической экспозиции вместе с пациентом;
- клиницист объясняет пациенту перед применением терапевтической экспозиции, что пациент может полностью контролировать раздражители и волен прекратить экспозицию в любой момент;
- терапевт добивается от пациента готовности как можно дольше оставаться в условиях эмоциональной стимуляции;
- клиницист помогает пациенту выходить из ситуаций или прекращать терапевтическую экспозицию осознанно, а не автоматически;
- терапевт уязвим к воздействию пациента.

Использование при необходимости формальных экспозиционных процедур, особенно при терапии посттравматических стрессовых реакций (второй этап ДПТ).

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт поощряет маскировку эмоций пациентом;
- терапевт подкрепляет неадаптивные попытки пациента к избеганию эмоций;
- терапевт наказывает адаптивные стили прекращения негативных ситуаций;
- терапевт забывает о принципах формирования (шейпинга);
- клиницист воспринимает пациента как слишком слабого для терапевтической экспозиции.

1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕПОДКРЕПЛЕННОЙ ЭКСПОЗИЦИИ

Прежде всего, индивид должен подвергаться терапевтической экспозиции раздражителей, вызывающих отрицательные эмоции, таким образом, чтобы не проис-

ходило восстановления тех самых эмоциональных реакций, которые клиницист и пациент пытаются ослабить. Индивид не должен снова оказаться в условиях, которые изначально вызвали негативную эмоциональную реакцию. Выражаясь более изящно, ситуация экспозиции не должна подкреплять тревожную реакцию. Или, словами Э. Фоу и М. Козака (*Foa & Kozak, 1986*), ситуация экспозиции должна содержать "корректирующую информацию".

Критерии неподкрепления

При работе с эмоциями, связанными со страхом, индивид должен подвергаться терапевтической экспозиции раздражителей, которые на данном этапе вызывают реакции тревоги или страха, таким образом, чтобы получать и обрабатывать новую информацию. Должны присутствовать новые данные относительно угрожающего характера ситуации. Например, у студента, который пять раз кряду проваливался на экзамене, развивается страх перед экзаменами. Этот страх вряд ли ослабнет, если студент предпримет еще одну попытку сдать экзамен и снова провалится. Хотя ситуация повторной неудачной попытки вызывает страх, она не содержит корректирующей информации; таким образом, страх, ассоциирующийся с экзаменами, подкрепляется. Если пациент боится, что при активации эмоции он утратит контроль над собой (например, упадет в обморок), и его опасения оправдываются, терапевтическая экспозиция еще больше усиливает страх, а не ослабляет его. Терапевту, таким образом, важно помнить о том, что применение экспозиционных процедур по отношению к отрицательным эмоциям оправдано лишь тогда, когда эмоциональные отклики представляют собой слишком интенсивные реакции на данные обстоятельства. Например, если индивид испытывает страх, который неадекватен присутствующей угрозе.

Если проводится работа над чувством вины, требование неподкрепленной экспозиции предполагает использование экспозиционных процедур только при безосновательном чувстве вины. Основанием для чувства вины могут быть твердые убеждения или моральный кодекс индивида либо коллектива. Говоря о "безосновательном чувстве вины", я имею в виду, что в более спокойном состоянии ("мудрого разума", так сказать) сам пациент не считает, что определенные его действия неправильны или аморальны, т.е. чувство вины пациента не основано на его собственных убеждениях или моральных нормах. При повторной экспозиции пациенту не предъявляют каких-либо убедительных социальных порицаний или личных моральных обвинений; таким образом, он не получает новой информации, которая меняла бы его моральную позицию с принятия на осуждение. Так, терапия на основе экспозиции раздражителей, связанных с пережитым в детском возрасте опытом сексуального насилия, в присутствии эмпатически настроенного терапевта, должна ослабить обусловленное чувство вины. Терапевтическая экспозиция раздражителей, ассоциирующимся с действиями, в неправильности которых индивид убежден (например, воровство, мошенничество, обман, нанесенная друзьям обида), может усугубить чувство вины, а не ослабить, — особенно в том случае, если неблаговидные поступки не были искуплены. Индивид, который чувствует вину оттого, что ему приходится бороться за свои права, скорее всего, будет чувствовать себя все более и более виноватым, если каждый раз при применении навыков уверенного поведения его будут упрекать в эгоизме или авторитарности.

Стыд — особенно досаждающая и трудная эмоция, прежде всего потому, что он очень распространен среди индивидов с ПРЛ, и поскольку сам характер этой эмоции препятствует свободному протеканию терапевтического процесса. Межличностное событие, которое подкрепляет стыд, — общественное порицание или унижение. Трудности проведения терапии с пограничными пациентами, вызванные стыдом, заключаются в том, что, во-первых, стыд не всегда выражается таким образом, который был бы понятен для терапевта, и, во-вторых, пациенты часто пытаются скрыть свой стыд. Поэтому зачастую терапевт просто не догадывается, что пациент страдает от чувства стыда. Межличностные события, подкрепляющие стыд, включают остракизм, отвержение и потерю уважения со стороны других людей. Поэтому, когда у пациента проявляется стыд, терапевт должен реагировать не порицанием, а валидацией; принятием, а не отверганием. Важно всегда помнить о том, что раскрытие неблаговидных событий также вызывает стыд, поэтому валидация самораскрытия пациента и реагирование на него со стороны терапевта требуют осторожности.

Как и в случае чувства вины и стыда, в исследовательской литературе уделяется мало внимания эффективности терапевтической экспозиции в ослаблении гнева. Однако эффективность, по всей видимости, неразрывно связана с предупреждением реакций гнева и способствует действиям и мышлению (об этом я буду говорить ниже) противоположной направленности. Но что касается процедуры неподкрепленной экспозиции, есть основания предполагать, что следует сосредоточиться на изменении степени фрустрации (фактической или воспринимаемой), вызываемой данной ситуацией, которая влияет на достижение индивидом своих целей. Например, во время психотерапевтического сеанса пациент может захотеть обсудить тему *А*, а затем ответить гневом на попытки терапевта обсудить его парасуицидальное поведение за истекшую неделю. Последовательная экспозиция, достигаемая на психотерапевтических сеансах, где обсуждение парасуицидального поведения сменяется обсуждением темы *А*, скорее всего, ослабит автоматическую реакцию гнева на настойчивые попытки терапевта провести поведенческий анализ имевших место парасуицидальных действий. Регулярная экспозиция утраченной возможности обсуждения темы *А* может (при равенстве прочих условий) усиливать гнев. Подобным образом отсутствие терапевта в кризисные периоды, которые приводят к нежелательным событиям (например, сильным страданиям или госпитализации), может усилить гнев пациента в случае отсутствия терапевта во время кризисных ситуаций в будущем. Сочетание отсутствия терапевта с возможностью получения помощи из других источников или самостоятельного применения поведенческих навыков для избежания страданий или госпитализации разрядит ситуацию.

Нужно помнить еще о некоторых принципах. *Во-первых*, клиницист должен удостовериться, что ситуация терапевтической экспозиции соответствует проблемной ситуации или проблемному событию. *Во-вторых*, терапевт не должен предполагать, что экспозиция происходит только потому, что пациент оказался в определенной ситуации. *В-третьих*, экспозиция должна быть достаточно эффективной, чтобы пробуждать эмоции, но не настолько интенсивной, чтобы препятствовать обработке информации или вызывать у пациента сопротивление терапии. В-четвертых, терапевтическая экспозиция должна продолжаться достаточно долго, чтобы эмоции успели сформироваться, но не настолько, чтобы пациент утратил контроль.

Совмещение ситуации экспозиции и проблемной ситуации

Ничто не может заменить оценки особенностей ситуации, вызывающей проблемные эмоции, и ситуации, приводящей к дальнейшему подкреплению эмоциональной реакции. Ситуация терапевтической экспозиции должна быть копией проблемной ситуации. Чрезвычайно важен при этом контекст. Например, человек, который боится отстаивать свои потребности в общении с близкими друзьями, может успешно справляться с этой задачей при общении с незнакомыми людьми, и наоборот. Человек, который не реагирует на критику со стороны членов семьи, может остро реагировать на замечания коллег по работе. Воровство продуктов в супермаркете может восприниматься как нечто само собой разумеющееся, а присвоение личных вещей друга — вызывать острое чувство вины. При оценке событий, которые подкрепляют эмоции либо создают повторные или новые условные связи, терапевт должен соблюдать такую же осторожность, как и при оценке контекста, в котором возникает эмоция. Например, студент, который испытывает тревогу в связи с экзаменами, вероятно, боится как самих экзаменов, так и неудачи на них. Страх перед экзаменами может подкрепляться провалом; страх провала может подкрепляться последствиями провала — например, исключением из университета; страх исключения может подкрепляться страхом утраты друзей и социального статуса; и т.д. Значимые параметры контекста могут варьироваться в зависимости от пациента, клинициста, эмоции и проблемы; эффективная терапия может требовать экспозиции каждого из этих аспектов по очереди. Экспозиция, проведенная в относительно безопасном контексте психотерапевтического сеанса, должна дополняться непосредственной экспозицией в контексте обычного окружения пациента. Чем больше пациент практикуется в экспозиции реального мира, тем лучше. Процедуры генерализации, которые обсуждались выше в связи с тренингом навыков, могут выполнять дополнительную функцию экспозиционных процедур.

Обеспечение процесса терапевтической экспозиции

Предъявление эмоционально значимых раздражителей может быть как прямым. так и непрямым. При прямой экспозиции пациент подвергается непосредственному влиянию эмоционально значимых реальных ситуаций или событий. Индивид входит в пугающую ситуацию, делает то, чего он боится, думает и говорит на темы. ассоциирующиеся с пугающими эмоциями. Пациент снова и снова восстанавливает те самые поступки и события, которых он стыдится или из-за которых испытывает чувство вины. Применение такого подхода объясняется просто: единственный способ избавиться от эмоций — пройти сквозь них. В зависимости от проблемной ситуации экспозиция во время психотерапевтических сеансов может включать словесную конфронтацию, структурированное обсуждение избегаемых эмоционально значимых тем или инструкции по практике контроля психической вовлеченности при общении. Для многих пациентов экспозицией будет уже сам приход на психотерапевтический сеанс. Практически любой аспект терапии, вызывающий безусловные проблемные эмоции, может становиться фокусом прямой экспозиции — *до тех пор, пока* терапевт может обогащать порождающие эмоции элементы новой. корректирующей информацией. Скрытая, или непрямая, экспозиция подразумевает подведение пациента к воображению сцен, вызывающих эмоции. Когда дело

касается экспозиции через воображение, терапевту очень важно направить пациента так, чтобы он "вошел" в воображаемую ситуацию, а не просто "наблюдал" за ней со стороны, подобно тому как люди смотрят телевизор. В промежутках между психотерапевтическими сеансами скрытая экспозиция может осуществляться с помощью прослушивания магнитофонных записей психотерапевтических сеансов. Что касается особенно трудных тем, терапевт может подготовить для пациента специальные экспозиционные аудиозаписи, которые тот мог бы использовать в свободное время.

Клиницисту очень важно удостовериться в том, что терапевтическая экспозиция, которая должна протекать в данный момент, действительно имеет место. Терапевт должен постоянно отслеживать элементы когнитивной диверсификации в поведении пациента — например, диссоциацию, деперсонализацию, сосредоточение внимания на не имеющих отношения к экспозиции мыслях или образах, отвлеченные фантазии и т.д. Зачастую эти стратегии избегания настолько автоматизированы, что пациент даже не осознает их. При использовании скрытой экспозиции терапевт должен просить пациента описать представляемую сцену очень подробно, в развитии, в настоящем времени.

Регулировка интенсивности терапевтической экспозиции

Следует ли пациенту, образно выражаясь, входить в "море" эмоций постепенно, с бережка, или нужно сразу же "нырять" на глубину? Этот вопрос многие годы вызывает споры ученых. Терапевтическая экспозиция варьируется от очень низкоинтенсивной и постепенной (систематическая десенсибилизация) до очень интенсивной, "взрывной" (экспозиция методом погружения, или флуминг). Посвященная этой теме литература показывает, что терапевтическая экспозиция должна быть достаточно интенсивной для того, чтобы вызывать обусловленную эмоцию. Однако нет необходимости приближать терапевтическую экспозицию к экстремальным ситуациям. Постепенная экспозиция с последовательным усилением вызывающих эмоции сигналов легче дается пациентам и столь же эффективна.

Контроль длительности экспозиции

Вопрос длительности экспозиции также вызывает оживленную научную полемику в научно-исследовательской литературе по проблеме страха. При всей сложности приводимых в этих источниках данных можно остановиться на трех важных моментах. *Во-первых*, экспозиция должна продолжаться достаточно долго, чтобы вызвать довольно сильную, но переносимую отрицательную эмоцию. Избегание или отвлечение внимания перед активацией эмоции едва ли принесет пациенту пользу. *Во-вторых*, пациенту следует прерывать терапевтическую экспозицию по своей воле, а не допускать ее прерывания автоматическими процессами (диссоциацией, деперсонализацией, импульсивным избеганием, атакой на терапевта). Особенно при работе над чувством страха терапевтический эффект может достигаться за счет осознания пациентом своей возможности контролировать длительность и интенсивность экспозиции, что делает последующую экспозицию не столь пугающей (этот вопрос будет обсуждаться ниже). *В-третьих*, если проблемной эмоцией выступает страх (в том числе страх перед эмоциями), стыд или чувство вины, перед

окончанием экспозиции эмоция должна в некоторой степени редуцироваться. Хотя нет полной уверенности в том, что это существенная составляющая терапевтической экспозиции, тенденция пациентов с ПРЛ верить в неподконтрольность и бесконечность эмоций предполагает важность корректирующей информации, которую обеспечивает данная тактика. Соотношение длительности экспозиции и ее эффективности зачастую может обусловить необходимость более продолжительных психотерапевтических сеансов. Например, при работе над интенсивными и сложными эмоциями страха (типичными для пациентов, перенесших психическую травму) терапевтическая экспозиция должна длиться как минимум час.

Стратегии и процедуры изменения как экспозиционные техники

Поведенческий анализ как терапевтическая экспозиция. Как я неоднократно упоминала и описывала в главе 9, если у пациента в промежутках между психотерапевтическими сеансами или в ситуации сеанса проявляется высокоприоритетное целевое поведение, проводится структурированный и очень подробный поведенческий анализ. Терапевт просит пациента наглядно описать свое неадаптивное поведение и сопровождающие его обстоятельства. Индивиды с ПРЛ часто испытывают сильный стыд, унижение, страх неодобрения, тревогу, а иногда и панику, когда их просят описать свои неадаптивные действия и реакции. Некоторые пациенты переживают настолько сильное огорчение или сожаление при описании своего неадаптивного поведения, что боятся не выдержать этого опыта. Почти все пациенты пытаются избежать поведенческого анализа или сократить его. Не одного пациента в нашей программе пришлось “подталкивать в спину”, чтобы помочь пройти этот процесс.

Как мы видели, поведенческий анализ целевого пограничного поведения выступает основной стратегией решения проблем. Это и оценка, и возможность для развития поведенческого инсайта и интерпретаций (глава 9). Это одновременно и процедура коррекции-перекоррекции в контексте причинно-следственного управления (глава 10). Поведенческий анализ можно считать также и формой терапевтической экспозиции. Индивид подвергается образной и словесной экспозиции не только его собственного негативного поведения и окружающих его событий. но и публичного раскрытия. Такая экспозиция не подкрепляет стыда в том случае. если терапевт обеспечивает валидацию, а не критику; эмпатию, а не социальное порицание; понимает и принимает пациента, а не унижает. Когда индивид снова и снова анализирует свое поведение в присутствии терапевта, выдерживает этот опыт и не теряет при этом расположения специалиста, экспозиция не подкрепляет тревоги и страха.

Причинно-следственные стратегии и стратегии тренинга навыков как терапевтическая экспозиция. Одно из проявлений многих аспектов поведенческой практики, относящихся к тренингу навыков, заключается в экспозиции пациенту деятельности и ситуаций, ассоциирующихся с сильными отрицательными эмоциями. Пациентов обычно просят сделать то, что они боятся или из-за чего испытывают необоснованное чувство вины; либо заставляют входить в ситуации, которые вызывают гнев или печаль; рассказывать о событиях, которых они стыдятся. При применении процедур причинно-следственного управления и соблюдения границ те-

рапевт прибегает к конфронтации к пациенту относительно его проблемного поведения. Другими словами, как при тренинге навыков, так и при использовании причинно-следственных процедур терапевт обеспечивает пациенту непосредственную, оценочную обратную связь относительно его проблемного поведения и его вероятных последствий. Пациент подвергается терапевтической экспозиции межличностного неодобрения или критики, а также раскрытия негативного или проблемного поведения. Подобно поведенческому анализу, эти процедуры возвращают пациента к обстоятельствам, которые вызывают условно подкрепленный стыд и эмоции, относящиеся к страху. Однако в отличие от поведенческого анализа, при котором эмоция выступает реакцией на акты самораскрытия, в контексте упомянутых процедур эмоция выступает реакцией на действия терапевта. Эти действия терапевта (конфронтация, неодобрение) могут быть именно тем, что пугает пациента в самораскрытии. Автоматической (и зачастую мгновенной) реакцией пациента может быть страх отвержения, стыд (вызванный осознанием зависимости), сильный гнев или все три эти эмоции, быстро сменяющие друг друга. Колеблющиеся тенденции действия — избегание, утаивание и нападение — часто приводят в замешательство и пациента, и терапевта.

Как только клиницист осознает, что причинно-следственные процедуры и процедуры тренинга навыков содержат элементы терапевтической экспозиции, ему потребуются дополнительные рекомендации по использованию этих процедур. *Во-первых*, терапевту не стоит отказываться от использования упомянутых процедур только потому, что они причиняют пациенту неудобства. Особенно не следует применять очень краткую экспозицию и останавливаться при чрезмерном возбуждении пациента. Нужно применять следующую тактику: немного отступить, успокоить пациента и прекратить терапевтическую экспозицию, когда его возбуждение (страх, стыд и т.д.) ослабнет, даже в незначительной мере. *Во-вторых*, терапевтическая экспозиция должна быть постепенной, а не массированной и интенсивной. Небольшой объем конфронтации или неодобрения иногда очень эффективен при работе с пограничными пациентами. *В-третьих*, как и в случае любых других форм терапевтической экспозиции, клиницист должен позаботиться о том, чтобы применяемая процедура не подкрепляла связанные со страхом или стыдом эмоциональные реакции. Если процедура вызывает гнев, следует поддерживать терапевтическую экспозицию и одновременно предоставлять пациенту информацию, которая снижала бы имеющую место фрустрацию его важных целей или потребностей. Наконец, причинно-следственные процедуры и процедуры тренинга навыков всегда нужно сочетать с валидацией реакций пациента. То, что пациенту нужно меняться, вовсе не означает, что все ассоциирующееся с проблемным поведением также представляет собой проблему. При этом особенно полезной тактикой может быть разрыв обратной связи между поведением и выведенными мотивами.

Отработка психической вовлеченности как терапевтическая экспозиция. При отработке психической вовлеченности (которая подробно описана в “Руководстве по тренингу навыков...”) пациентам говорят, что они должны в точности “переживать” то, что происходит в данный момент, ничего не пропуская и ни на чем не задерживаясь. Пациентов также инструктируют дистанцироваться и со стороны наблюдать за критическими реакциями на свое собственное поведение. Отработка психичес-

кой вовлеченности особенно полезна пациентам, которые боятся или стыдятся собственных мыслей или эмоций. Смысл этой практики в том, чтобы позволить мыслям, чувствам и ощущениям приходить и уходить, нарастать и затухать, не пытаясь их при этом контролировать (хотя важно отметить, что фактически индивид контролирует этот процесс и может остановить его в любой момент). В совокупности психическая вовлеченность служит примером терапевтической экспозиции естественно возникающих мыслей, чувств и ощущений. Она особенно полезна как средство поощрения терапевтической экспозиции соматических сигналов, которые ассоциируются с эмоциями. Переобусловливание заключается в том, что если человек сумеет дистанцироваться и просто наблюдать за ощущениями, мыслями и чувствами, они будут просто появляться и исчезать. Для многих пациентов с ПРЛ это принципиально новый опыт, важный для ослабления их страха перед эмоциями.

Прекращение поддержки со стороны клинициста как терапевтическая экспозиция. На последнем этапе терапии специалист прекращает или ослабляет некоторые свои валидирующие или поддерживающие действия. Обычно такое прекращение вызывает сильную тревогу, а иногда и гнев. Пациент подвергается терапевтической экспозиции в отношении ситуаций, в которых он лишен помощи и должен помогать себе сам. Терапевты часто идут на поводу у пациентов, сокращая такую экспозицию, поскольку этот опыт болезненно переживается обеими сторонами. Однако при правильном распределении времени и ориентировании такая терапевтическая экспозиция может снизить тревогу, связанную с независимостью и одиночеством. Секрет заключается в том, чтобы не лишать пациента валидации и поддержки до тех пор, пока он не сможет адекватно о себе позаботиться. Преждевременное прекращение поддержки подкрепляет и возвращает отрицательные эмоции.

2. БЛОКИРОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ ДЕЙСТВИЯ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ПРОБЛЕМНЫМИ ЭМОЦИЯМИ

При применении экспозиционных процедур для терапевта существенно важно блокировать эмоциональные тенденции действия, ассоциирующиеся с проблемными эмоциями. В определенном смысле вся ДПТ представляет собой пример такой стратегии. ДПТ сосредоточивается на изменении эмоционально значимого поведения перед изменением эмоций, которые контролируются этим поведением. Основная идея состоит в том, чтобы последовать совету Д. Барлоу (*Barlow, 1988*) и попытаться заставить пациента "действием ввести себя" в другое эмоциональное состояние.

Реакция, которая подлежит блокированию в первую очередь, — избегание. Бегство и избегание — фундаментальные тенденции действия в реакциях, связанных со страхом. Пациенты с ПРЛ (как и многие другие категории пациентов) постоянно пытаются избежать ситуаций, которые вызывают отрицательные эмоции. Во время психотерапевтических сеансов они сопротивляются поведенческому анализу и обсуждению ситуаций, провоцирующих эмоции. Даже участвуя в поведенческом анализе и обсуждении, пациенты постоянно переводят разговор на более удобные темы. При применении процедур, связанных с работой воображения, пациенты начинают думать о чем-то другом. Большинство пациентов избегают самостоя-

тельной работы и не хотят заниматься ролевой игрой во время психотерапевтических сеансов. Порой избегание проявляется в эмоциональной цепочке так рано, что пациенты даже не успевают испытать отрицательные эмоции. Фундаментальная тенденция действия, связанная со стыдом, — утаивание. Утаивание во время терапии означает, что пациент не раскрывает важную информацию, не заполняет дневниковые карточки или не приносит их с собой, замыкается в себе, не приходит на психотерапевтические сеансы или преждевременно прекращает терапию. Важные тенденции действия, ассоциирующиеся с чувством вины, — попытки искупления или самонаказания. Типичными реакциями в этом случае будут неадекватное раскаяние и извинения, подарки, пространные письма с мольбами о прощении, одолжения и услуги "обиженному" человеку, уничижительные и чересчур критичные суждения о себе, а также парасуицидальные либо суицидальные действия.

Задача терапевта — заблокировать избегание страха, утаивание стыда и искупление вины. Цель — терапевтическая экспозиция пациенту эмоционально-значимой ситуации, не позволяя ему при этом изменить данную ситуацию путем избегания, утаивания или искупления. Лучший для этого способ — конечно, вовлечение пациента в сотрудничество. Часто добиться этого можно за счет должной ориентации пациента на принципы терапевтической экспозиции; иногда возникает потребность в многократной переориентации пациента в рамках одного психотерапевтического сеанса. Порой реакции избегания требуют одностороннего блокирования, когда терапевт с помощью вербальных средств снова и снова возвращает внимание пациента к определенным сигналам. Чтобы добиться успеха в этой ситуации, терапевт должен проявить настойчивость, поддерживать пациента, а также не допустить собственной деморализации.

Что касается гнева, здесь требуются особые комментарии. Избегание порождающих эмоции ситуаций фактически направлено против тенденции действия эмоции гнева — в отличие от страха, стыда и чувства вины. Гнев порождает естественную реакцию агрессии, включая приближение и нападение, исправление или преодоление ситуации, и т.д. Обратные тенденции — временный выход из ситуации (и отвлечение мыслей) или смена темы. Если гнев — обусловленная эмоция, которую терапевт и пациент пытаются ослабить, то реакции, подлежащие сдерживанию, являют пример враждебного отношения или нападения. Прежде всего, конечно, терапевту необходимо блокировать фактическую агрессию, включая самодеструктивное поведение, которое нередко сопровождает направленный на себя гнев. Кроме того, терапевту необходимо блокировать или сдерживать тенденцию индивида отвечать явной или скрытой вербальной агрессией (враждебными выпадами, резкими обличениями и обвинениями, криками, агрессивными угрозами и саркастическими замечаниями). Вербальная агрессия, скрытая или явная, обычно включает критический, односторонний, склонный к эскалации словесный или мысленный обзор имевших место негативных событий и их воображаемых последствий. Иногда скрытая агрессия принимает форму воображаемой словесной атаки объекта гнева. Можно поощрять индивида к замене этих враждебных реакций некритическими, снимающими драматизм реакциями. Однако их замена мыслями или разговорами на посторонние темы (отвлечение) может быть столь же эффективной. Одно из упражнений по отработке психической вовлеченности,

которое заключается в выработке эмпатического отношения к своим врагам, также способствует изменению естественных реакций гнева. Существуют довольно веские доказательства того, что катарсис скорее усиливает гнев, чем ослабляет его.

Для многих пациентов с ПРЛ проблема состоит не в чрезмерно интенсивном переживании и выражении гнева, а скорее в недостаточном выражении; эти пациенты страдают страхом гнева. Парадоксально, но научение сдерживанию гнева при его появлении может быть очень важным для разблокирования переживания и выражения гнева. Многие пациенты боятся, что если они разгневаются, то могут потерять контроль над собой и впасть в ярость. Они также боятся, что враждебное поведение, явное или скрытое, будет причиной их отвержения. Многие действительно имели подобный опыт в прошлом. При работе с такими пациентами клиницист должен сочетать терапевтическую экспозицию гнева и поведения гнева, с одной стороны, и тренинг контроля выражения — с другой. Ослабление страха гнева потребует баланса принятия гнева и его выражения, с одной стороны (чтобы избежать дальнейшего подкрепления боязни стыда и отвержения), и помощи пациенту в сдерживании чрезмерного выражения гнева — с другой (чтобы не подкреплять страха перед утратой самоконтроля).

3. БЛОКИРОВАНИЕ ЭКСПРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ПРОБЛЕМНЫМИ ЭМОЦИЯМИ

Как я уже упоминала, изменение эмоционально экспрессивного поведения может быть эффективным средством изменения эмоции, которую переживает индивид. Поэтому полезно инструктировать пациента, чтобы он постарался физически выразить эмоцию, противоположную той, которая вызвана экспозиционными раздражителями, — например, сосредоточиться на релаксации лицевых мышц, затем слегка улыбнуться. Зачастую пациенты сопротивляются этой процедуре, поскольку опасаются, что при релаксации лицевых мышц расплачутся. Большинство пациентов с ПРЛ очень боятся и/или стыдятся собственного плача. Возможно, терапевт должен действовать осторожно и постепенно.

Работа над положениями тела, которые выражают определенные эмоции, также может быть эффективной. Положение головы, плеч, рук, туловища и ног имеет большое значение для выражения эмоций. Очень часто терапевту приходится давать пациенту очень подробные указания относительно того, какие именно изменения ему следует произвести. Терапевт может посоветовать пациенту тренироваться перед зеркалом. Проблемы с образом собственного тела, особенно размерами, всегда были острыми для тех пограничных пациентов, с которыми мне довелось работать, поэтому терапевт должен действовать с особой осторожностью и деликатностью. Как уже упоминалось, важно подчеркнуть разницу между маскировкой и релаксацией/изменением выражения лицевых мышц и положения тела. Обычно при этом терапевту необходимо уделять много внимания ориентированию пациента.

Очень важно понимать, когда нужно инструктировать пациента относительно изменения его эмоционально экспрессивного поведения, а когда нет. Правило достаточно простое. Если в качестве цели изменения была выбрана эмоция, вторичная по отношению к первичной эмоции (например, боязнь страха, стыд гнева), клиницист должен произвести пациенту терапевтическую экспозицию первичных

эмоциональных сигналов (страха и гнева соответственно). В этом случае цель — не изменять выражение первичной эмоции, а произвести пациенту экспозицию первичных эмоциональных раздражителей (в том числе соматических), ассоциирующихся с выражением эмоций. При боязни страха нужно блокировать избегание сигналов страха; если пациент стыдится гнева, нужно блокировать утаивание гнева или извинения за гнев. И наоборот, если целью для ослабления выбрана первичная эмоция (например, дисфункциональный первичный страх или гнев), терапевт должен ориентировать пациента на изменение эмоциональной экспрессивности.

4. УСИЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД НЕГАТИВНЫМИ СОБЫТИЯМИ

То, что клиницист блокирует избегание, не означает, что пациент не может остановить терапевтическую экспозицию. Наоборот — приобретение чувства контроля над негативными событиями, по всей видимости, имеет большое значение для восстановления контроля над эмоциями. Поэтому, пока избегание блокируется, пациента также следует обучать тому, как контролировать событие. Иногда терапевтический эффект может достигаться за счет оставления ситуации и остановки экспозиции. Как уже упоминалось, главное, чтобы пациент заканчивал терапевтическую экспозицию сознательно, т.е. контролировал ее окончание, чтобы экспозиция не прерывалась автоматическими или импульсивными реакциями, которые не поддаются контролю пациента. Структура ДПТ в целом рассчитана на то, чтобы усилить контроль индивида как над своим окружением, так и над собой. Такой повышенный контроль вместе с терапевтической экспозицией эмоционально значимых условий будет, вероятно, усиливать регуляцию эмоций и противодействовать ослабляющим эмоциям.

Поскольку множество видов обычного терапевтического взаимодействия можно считать формами экспозиции, важно осознать, что упомянутый принцип обусловливает необходимость предоставления пациенту некоторого контроля над распределением времени психотерапевтического сеанса. Пациенту нужно давать возможность приостанавливать или прекращать терапевтическую экспозицию, когда он не может переносить возникающих эмоций. Соответственно, клиницист и пациент совместными усилиями должны разработать позитивные и адаптивные способы прекращения терапевтической экспозиции, насколько это возможно, избегая негативного и дисфункционального окончания. Например, истерика или суицидальные угрозы при конфронтации со стороны терапевта или проведении поведенческого анализа для разбора суицидального поведения — не те виды контролирующего поведения, которые следует поощрять. Совместное определение интенсивности или объема экспозиции во время психотерапевтических сеансов (особенно в тех случаях, когда пациент уязвим больше обычного), составление повестки дня, которая включает обсуждение других тем параллельно с поведенческим анализом, а также другие подобные тактики относятся к поведению, которое подлежит поощрению. В частности, что касается поведенческого анализа, нередко я совместно с пациентом обсуждаю как отведенное на него количество времени, так и очередность анализа среди других видов деятельности во время сеанса (в начале, в середине, в конце). Наконец, если само поведение клинициста представляет собой терапевтическую экспозицию, пациенту следует предоставлять некоторый контроль над тем, что и как делает специалист. Терапевт должен быть открыт воздействию.

Структурированные экспозиционные процедуры

Хотя многие стратегии ДПТ усиливают терапевтическую экспозицию, работа с травмами, вызванными сексуальным насилием, требует более формального применения экспозиционных процедур. Другие травматические события — смерть близкого родственника, транспортная катастрофа — также могут требовать структурированного подхода. Эти цели выходят на первый план на втором этапе терапии, когда терапевт сочетает ДПТ с более организованным подходом к экспозиции. На этом этапе почти каждый сеанс должен быть посвящен применению терапевтической экспозиции, обычно с помощью мысленной реконструкции травматических сигналов, ассоциирующихся с пережитым насилием. Чтобы поддержать внимание и сохранить ориентацию пациента, терапевт обычно просит его подробно и последовательно описать травматическое событие (включая зрительные, моторные, слуховые, обонятельные и соматические сигналы, а также последовательность мыслей и действий пациента). Сеансы терапевтической экспозиции могут записываться на пленку. Пациентам следует практиковаться в терапевтической экспозиции в промежутках между сеансами. Даже при применении контролируемых доз эта терапевтическая процедура создает такой сильный и подчас непредсказуемый стресс, что откладывается до тех пор, пока не достигается устойчивый контроль над целями первого этапа. При определенных обстоятельствах для начальной экспозиции пациента полезна госпитализация. Формальные экспозиционные процедуры были разработаны Э. Фоу (*Foa & Kozak, 1986; Foa, Steketee, & Grayson, 1985*) и М. Горовицем (*Horowitz, 1986*) и вполне могут быть адаптированы ко второму этапу терапии.

ПРОЦЕДУРЫ КОГНИТИВНОЙ МОДИФИКАЦИИ

Связи между когнитивной обработкой, эмоциями и действиями характеризуются сложностью и многовекторностью. Клиническая статистика включает многочисленные свидетельства того, что у индивидов с ПРЛ происходит когнитивное искажение событий; обычно за счет избирательного внимания, преувеличения событий, абсолютизации выводов и дихотомического (черно-белого) восприятия мира. Суицидальные и пограничные пациенты также склонны к когнитивной жесткости, которая усугубляет все другие присутствующие когнитивные проблемы. Когнитивные теории эмоций и эмоциональных расстройств (например, *Arnold, 1960, 1970; Beck et al., 1979; Beck et al., 1990; Lazarus, 1966; Mandler, 1975; Schachter & Singer, 1962; Lang, 1984*) предполагают, что когнитивная оценка событий индивидом выступает первичной детерминантой эмоциональных реакций. Дж. Янг (*Young, 1987; Young & Swift, 1988*) предположил, что в основе расстройств личности лежат ранние неадаптивные схемы; как начальное восприятие раздражителя, так и когнитивное развитие этого восприятия считаются очень важными. Многочисленные эксперименты и теоретические изыскания показывают, что когнитивные ожидания и правила, или имплицитные и эксплицитные представления относительно причинно-следственных факторов, выступают столь же важными детерминантами действия (обзор литературы по этой теме см. в: *Hayes et al., 1989*). Различные виды когнитивной терапии, основанные на когнитивных теориях эмоций, нацелены на

изменения типичной оценки, правил и когнитивного стиля индивидов в качестве первого шага в устранении эмоциональных и поведенческих трудностей.

ДПТ отличается от когнитивных и многих когнитивно-поведенческих видов психотерапии в том, какая роль отводится когнитивной модификации. Как я уже неоднократно упоминала, первоочередная задача ДПТ — нахождение и подкрепление действенных и функциональных представлений, ожиданий, правил и интерпретаций пограничного индивида. Цель заключается в валидации аспектов характерного когнитивного содержания индивида и его когнитивного стиля. Но как только эта цель достигнута, терапевту зачастую приходится работать с пациентом, который, хотя в некоторых случаях и приходит к правильным заключениям, в то же время демонстрирует дисфункциональные выбор, запоминание и обработку информации во многих других случаях. Это приводит к возникновению новых проблем вместо решения уже имеющихся.

Ради простоты изложения и восприятия я использую термин "когнитивное содержание", ссылаясь на предположения, убеждения, ожидания, правила, автоматические мысли, разговор с собой и схемы. Содержание относится и к тому, о чем индивид думает, и к тому, что индивид запоминает. "Мышление", в том смысле, в каком о нем говорится выше, относится к вербальной или пропозициональной когнитивной обработке и может быть как осознанным, так и бессознательным (обзор этого положения: *Williams, in press*). "Когнитивный стиль", о котором я говорю, относится к характерным особенностям обработки информации — когнитивной жесткости или гибкости, дивергентному и конвергентному мышлению, дихотомическому мышлению, концентрации внимания, особенностям абстрагирования и дефициту внимания. Различия не настолько очевидны, как я их изображаю, но такая контрастность помогает при рассмотрении направленности когнитивных процедур. Процедуры когнитивной модификации в ДПТ помогают пациенту оценивать и изменять когнитивное содержание и модифицировать когнитивные стили. Однако, подобно терапевтической экспозиции, когнитивная модификация носит скорее неформальный характер, чем формальный. ДПТ не содержит отдельного модуля, включающего структурированные виды деятельности, направленные на когнитивные изменения. В отличие от различных видов когнитивной терапии расстройств личности, принципиальная задача лечения не состоит в том, чтобы выявить и изменить основные схемы, которые должны стоять за пограничными паттернами. Тем не менее когнитивные процессы в ДПТ не игнорируются. Важная задача оценки — точно установить роль когнитивного содержания и роль когнитивного стиля в появлении и поддержании целевого поведения, включая эмоции. Процедуры когнитивной модификации включены во все аспекты и этапы ДПТ.

Очень важный момент, который следует помнить при работе с пограничными пациентами, заключается в том, что в когнитивных процедурах должна содержаться бо́льшая доля валидации, чем модификации. Большинство индивидов с ПРЛ прожили жизнь, выслушивая в свой адрес обвинения в искажении и неправильном восприятии. Слишком часто такая критика отвергала законные притязания пациентов. Самый простой подход к когнитивной терапии — сказать пациенту: "Все это вам только кажется", но именно с таким отношением большинство пациентов уже сталкивались в повседневной жизни. Таким образом, предоставляя обратную связь в том

плане, что пациенту действительно пойдет на пользу исследование полезности своего восприятия, своих заключений относительно событий и воспоминаний о событиях, терапевт рискует тем, что пациент может интерпретировать это как очередное "Все это вам только кажется". Особая проблема, которая при этом возникает, — трудность осознания пациентом того, что он может быть "неправым" в одном выводе или убеждении, не будучи при этом "неправым" во всех остальных своих выводах или представлениях. Эту проблему можно понять. Если пациент допускает искажение сейчас, не зная этого, как он может быть уверен в правильности любых других убеждений, воспоминаний и ощущений? Другими словами, какие критерии он может использовать, чтобы знать, когда можно себе доверять, а когда нет? Помощь пациенту в развитии этих критериев — важная часть когнитивной модификации в ДПТ.

Существует два основных типа процедур когнитивной модификации: когнитивная реструктуризация и прояснение причинно-следственных отношений. Когнитивная реструктуризация направлена на изменение общего или привычного содержания либо формы мышления пациента, а также его когнитивного стиля. Прояснение причинно-следственных отношений — особая, частная форма более широкой когнитивной реструктуризации. Она направлена на модификацию дисфункциональных правил или ожиданий по принципу "если... то...", действующих в особых случаях. Можно сказать, что прояснение причинно-следственных отношений так относится к когнитивной реструктуризации, как поведенческий анализ — к инсайту (глава 9). Как при прояснении причинно-следственных отношений, так и при поведенческом анализе в центре внимания находится конкретный случай или событие; используется модель "здесь и сейчас": конкретные ситуации и причинно-следственные отношения. Как при когнитивной реструктуризации, так и при стратегиях инсайта в центре внимания оказываются паттерны событий, мыслей или правил, которые возникают многократно и распространяются на разные события; подчеркивается общее и привычное.

Прояснение причинно-следственных отношений обсуждается здесь как особая процедура, чтобы привлечь внимание терапевта к ее важности. Мой опыт показывает, что индивиды с ПРЛ зачастую испытывают трудности с научением адекватным поведенческим правилам. Под "правилом" я имею в виду словесное утверждение причинно-следственных отношений между событиями, явных или неявных. Поведенческие правила относятся к причинно-следственным отношениям между видами поведения и их последствиями. Пациенты с ПРЛ, особенно подростки и женщины до 30 лет, иногда кажутся удивительно наивными для своего возраста. Например, хотя они сообщают о чувстве безнадежности, наблюдение за ними показывает, что зачастую они бездумно доверяют людям, ожидая от других позитивной реакции и альтруизма в тех случаях, когда это не представляется реальным. Пациенты с ПРЛ часто хорошо реагируют на очень высокую степень угрозы. И наоборот, они могут не реагировать на обычную информацию о причинно-следственных отношениях, особенно если эта информация поступает в непрямой форме. Иногда только чрезвычайные угрозы могут повлиять на их поведение. Этим пациентам нужно угрожать, чтобы привлечь их внимание или заставить их усвоить определенное правило. (Выражаясь более позитивно, иногда эти пациенты действуют вполне успешно, если набивают шишки.) Трудности при научении

причинно-следственным отношениям могут быть вызваны многими факторами, в том числе влиянием настроения на научение и внимание; проблемами внимания как такового; более общими проблемами выбора, выделения и запоминания значимой информации. Прояснение причинно-следственных отношений нацелено на устранение этих трудностей.

Ориентация на процедуры когнитивной модификации

С точки зрения ДПТ, дисфункциональное когнитивное содержание и стиль выступают причинами и результатами эмоциональных и поведенческих нарушений. Именно акцент на результатах отличает ДПТ от многих других когнитивно-поведенческих видов терапии и составляет важную часть ориентации пациентов. Пациентам объясняют, что многие из их ошибочных оценок и погрешностей в обработке информации — нормальные результаты как настроения, так и чрезмерного эмоционального возбуждения. Неспособность научиться адекватным правилам и помнить их может быть результатом помех, вызванных настроением. Искажение (или неспособность к допустимому искажению) рассматривается как результат проблемы, а не первопричина. Однако с началом когнитивных искажений и неправильной обработки информации проблемы только усугубляются, а не снимаются. Неспособность к обучению и запоминанию хотя и вполне понятна, тем не менее подлежит исправлению.

Судя по моему опыту супервизии и консультирования терапевтов, большинству специалистов очень трудно воспринять и учитывать идею о том, что пациенты с ПРЛ не всегда искажают, преувеличивают или просто "ошибаются". Поскольку пациенты очень часто используют информацию не так, как их терапевты, уделяют внимание тем составляющим, которые клиницисты игнорируют, и приходят к необычным для терапевта выводам, специалисту очень трудно избежать дихотомического мышления, противопоставления себя пациенту. Кто-то ведь должен ошибаться! Слишком часто терапевт считает само собой разумеющимся, что это должен быть пациент. Даже в том случае, когда терапевт готов допустить, что он "не прав", это не дает результатов. Здесь необходимо понимание того, что обе стороны могут быть "правы". Будет очень полезно, если и терапевт, и пациент ознакомятся с литературой о поведении, настроении и когнитивной обработке. Материал главы 2, относящийся к влиянию настроения и эмоций на контроль когнитивной деятельности и внимания (раздел "Эмоциональная уязвимость"), обычно небольшими порциями предоставляется пациенту на протяжении всей терапии по мере возникновения необходимости. Существенно важно, чтобы терапевт понимал этот материал и преподносил его пациенту в доступной и приемлемой форме.

ПРОЦЕДУРЫ ПРОЯСНЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ

Прояснение причинно-следственных отношений направлено на то, чтобы помочь индивиду увидеть и выделить причинно-следственные факторы, действующие в его жизни. Как уже упоминалось, иногда пациенты с ПРЛ испытывают явные трудности с вниманием к значимым причинно-следственным факторам и из-за этого не могут вести себя так, чтобы достичь позитивных результатов. В других случаях они уделяют внимание, но не могут выделить или запомнить важных правил. Выделяют

два вида терапевтического вмешательства в рамках прояснения причинно-следственных отношений. Во-первых, терапевт подчеркивает естественные правила, которые действуют в жизни пациента; терапевт помогает пациенту обратить внимание и выделить отношения "если... то...". В этом смысле прояснение причинно-следственных отношений выступает составляющей поведенческого анализа, инсайта и стратегий реципрокной коммуникации. Во-вторых, терапевт объясняет правила, которые будут действовать в новых ситуациях, встречающихся пациенту, и подчеркивает адекватные ожидания. Прояснение причинно-следственных отношений в этом смысле используется в основном с учетом возможностей (т.е. причинно-следственных факторов), имеющихся в рамках терапии. Процедуры прояснения причинно-следственных отношений обсуждаются ниже и приводятся в табл. 11.5.

Таблица 11.5. Процедуры прояснения причинно-следственных отношений

ПОДЧЕРКИВАНИЕ ИМЕЮЩИХСЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ; терапевт направляет внимание пациента:

- на результаты его поведения, которые проявляются в повседневной жизни;
- на последствия проблемного поведения пациента;
- на влияние других людей на поведение пациента и их реакцию на него;
- на влияние поведения пациента на терапевтические отношения;
- на влияние поведения пациента на терапевтические результаты;
- терапевт не забывает применять процедуры прояснения причинно-следственных отношений при использовании поведенческого анализа, инсайта и реципрокной коммуникации.

ПРОЯСНЕНИЕ БУДУЩИХ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В ТЕРАПИИ, особенно при ориентации пациента на ДПТ в целом или на определенные терапевтические процедуры:

- как поступит терапевт при определенном поведении пациента (особенно суицидальном и препятствующем терапии);
- что может ожидать пациент от терапевта и терапевтических процедур.

1. Подчеркивание имеющихся причинно-следственных отношений

Первая задача — помочь пациенту в наблюдении, выделении и запоминании причинно-следственных отношений, имеющихся в его повседневной жизни. Знание правил и точное предсказание исхода повышает вероятность адаптивного поведения. Особенно важно, чтобы пациент понимал результаты собственного поведения и его влияние на других людей. Пациенты часто обращают внимание не на те составляющие ситуации или, наоборот, могут быть настолько чувствительны к деталям ситуации, что не способны извлечь из нее важных закономерностей "если... то...". Объяснение последствий неадаптивного поведения особенно важно, когда речь идет об обязательстве пациента относительно изменения: если нет негативных или болезненных последствий, зачем тогда меняться? При этом следует обратить внимание как на краткосрочные, так и на долгосрочные последствия, а также на влияние как первых, так и вторых на самого пациента и других людей.

Объяснение влияния последствий, особенно поведения других людей, на собственные реакции пациента — чувства, мышление и побуждения к действию — также имеет большое значение. Индивиды с ПРЛ иногда проявляют удивительную способность забывать о том, что определенные ситуации или люди постоянно оказывают на них негативное воздействие. Вопреки очевидным свидетельствам пациенты ожидают, что либо ситуации, либо их собственные реакции изменятся.

Наконец, терапевт также помогает пациенту выявить общие правила, действующие в окружении, особенно социальные правила. Как уже упоминалось, индивиды с ПРЛ часто демонстрируют весьма наивные представления о том, как другие люди будут реагировать на различные события. Хотя пациентам удается довольно точно предсказать действия себе подобных, им чрезвычайно трудно прогнозировать реакции, которых они сами никогда не переживали. Их эмпатия сильна по отношению к людям, которые переживают обстоятельства, подобные их собственным, и слаба по отношению к людям, которые от них отличаются.

Прояснение причинно-следственных отношений в поведенческом анализе и стратегиях инсайта. Проведение подробного цепного анализа поведения дает терапевту возможность подчеркнуть причинно-следственные отношения. При исследовании цепочки событий, ведущей к дисфункциональному поведению, терапевт помогает пациенту извлечь правила о том, как одно событие приводит к другому, и какому именно. При исследовании функциональной применимости целевого поведения терапевт помогает пациенту формулировать правила относительно последствий его собственного поведения. Терапевт спрашивает и поощряет пациента задавать подобные вопросы самому себе: "Что случилось после этого?", "Как это отразилось на вас?", "Каковы были последствия вашего поступка?", "Как отреагировали на это другие люди?" Цель таких вопросов — обратить внимание пациента на взаимосвязь его поведения и реакций других людей. В стратегиях инсайта терапевт помогает пациенту подытожить информацию о нескольких случаях поведения. Терапевту следует подчеркивать правила (т.е. устойчивые модели "если... то..."), которые проявляются с течением времени. Правила формулируются кратко, в форме утверждений; затем пациент должен периодически повторять эти правила, пересказывая терапевту, чтобы лучше их усвоить.

Прояснение причинно-следственных отношений в стратегиях реципрокной коммуникации. Стратегии реципрокной коммуникации обсуждаются в следующей главе. Однако важная (для специалиста) составляющая этих стратегий состоит в том, что пациент должен часто получать информацию о влиянии его поведения на терапевта. Такие сообщения, как "Если вы ведете себя *X*, то я чувствую себя *Y*", будут сообщениями о причинно-следственных отношениях между поведением пациента и поведением терапевта. Клиницисту следует регулярно применять относительно постоянную словесную формулу "Если вы делаете *X*, то происходит *Y*". Важная роль этих сообщений в помощи пациенту для осознания влияния его собственного поведения на поведение других людей — еще одна веская причина для включения стратегий реципрокной коммуникации в ДПТ.

2. Будущие причинно-следственные отношения в терапии

Одни из наиболее важных для пациента причинно-следственных факторов — те, которые имеют отношение к терапии. Прояснение причинно-следственных отношений в этом случае включает два аспекта: 1) что будет делать терапевт при определенном поведении пациента и 2) чего может ожидать пациент от клинициста и терапии. ДПТ подчеркивает роль ясности и прямоты со стороны терапевта, по крайней мере

на начальном этапе терапии. На последнем этапе прямота должна несколько ослабевать, чтобы стимулировать пациента к восприятию тонких и непрямых отношений.

Ориентация на ДПТ в целом и на терапевтические процедуры в их применении подробно обсуждалась в этой главе и двух предыдущих. Ориентирование — пример обучения пациента правилам терапии. Пациенту рассказывают, какое поведение с его стороны приведет к позитивным и негативным результатам, какие из его ожиданий реалистичны или нереалистичны и каковы последствия некоторых аспектов его поведения. Ориентирование имеет место не только в начале терапии (конкретные правила применения изложены в главе 14) и каждой новой процедуры, но должно формировать постоянный фон терапии. Терапевт должен постоянно обучать пациента, оценивая его понимание и память, и обеспечивать практическое руководство. Именно такое постоянное прояснение причинно-следственных отношений, в различных контекстах и при различных эмоциональных состояниях, является отличительной характеристикой ДПТ. Терапевт не должен ожидать, особенно на начальных этапах терапии, что пациент будет вычленять и запоминать все правила. Не следует также всегда интерпретировать неспособность пациента выделять или запоминать причинно-следственные отношения с точки зрения мотивации.

ПРОЦЕДУРЫ КОГНИТИВНОГО РЕСТРУКТУРИРОВАНИЯ

Когнитивное реструктурирование — возможность помочь пациенту изменить как стиль, так и содержание мышления. Интерес представляют прежде всего следующие четыре аспекта мышления: 1) недиалектическое мышление (например, дихотомические, ригидные, заостренные стили мышления); 2) ошибочные общие правила, управляющие поведением (убеждения, предположения, идеи, ожидания); 3) дисфункциональные описания (например, автоматические мысли, оценочные обозначения, преувеличенные ярлыки); 4) дисфункциональное распределение внимания. Процедура когнитивного реструктурирования требует наблюдения и анализа этих аспектов мышления пациента, после чего следует попытка выработать новые и более функциональные стили, правила, описания и стратегии внимания, которые должны заменить проблемные аналоги. Изменение может быть активировано высказанным сомнением в имеющихся тенденциях мышления и внимания пациента; предложением альтернативных теорий, объяснений и описаний; а также исследованием имеющихся подтверждений (и получением новых, если это необходимо) точности правил и обозначений, выработанных пациентом. Изменения закрепляются постоянной практикой. Процедуры когнитивного реструктурирования обсуждаются ниже и обобщаются в табл. 11.6.

Таблица 11.6. Процедуры когнитивного реструктурирования

Помощь пациенту в НАБЛЮДЕНИИ И ОПИСАНИИ его собственных стиля, правил и вербальных описаний мышления.

ВЫЯВЛЕНИЕ, КОНФРОНТАЦИЯ и изменение конкретных дисфункциональных правил, стилей и ярлыков, но с соблюдением диалектических принципов.

Помощь пациенту в ВЫРАБОТКЕ более функциональных и/или адекватных стилей, правил и вербальных описаний мышления:

- терапевт не претендует на обладание абсолютной истиной;

Таблица 11.6 (окончание)

- терапевт ценит интуитивное знание;
- терапевт сознает важность поиска информации при ее отсутствии;
- терапевт обращает внимание на функциональное и эффективное, а не "правильное" и "истинное" мышление;
- терапевт подталкивает пациента к верхнему пределу его возможностей при выработке пациентом собственных адаптивных стилей, правил и вербальных описаний мышления.

Содействие пациенту в разработке КРИТЕРИЕВ адекватности его собственных интерпретаций.
Применение причинно-следственных процедур тренинга навыков для когнитивной модификации.
Помощь пациенту в интеграции когнитивных стратегий, используемых при тренинге навыков, в повседневную жизнь.
Применение формальной программы когнитивной терапии или направление пациента для ее прохождения, если это необходимо.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт говорит пациенту, что проблема заключается в его неправильном мышлении;
- терапевт чересчур упрощает проблемы пациента и дает ему понять, что все было бы хорошо, если бы пациент смог изменить свою "позицию", мысли или восприятие;
- терапевт применяет силовые методы, заставляя пациента менять стиль мышления.

1. Обучение когнитивному самонаблюдению

Если пациент хочет добиться успешного контроля и изменения своих когнитивных паттернов в различное время и в различных ситуациях, ему необходимо научиться наблюдать за своими стилями и паттернами мышления. По некоторым причинам суицидальные и пограничные индивиды редко на это способны. Их вовлеченность в процесс оценки или осмысления события или ситуации настолько глубока, что они не могут, образно выражаясь, посмотреть на себя со стороны и проанализировать процессы оценки и мышления отдельно от ассоциирующихся с ними событий. Основная терапевтическая стратегия, которая при этом используется, представляет собой практику когнитивного самонаблюдения (т.е. поведенческую репетицию, при которой пациенты практикуются в наблюдении за своими когнитивными процессами) с помощью инструкций, обратной связи, подкрепления и коучинга со стороны терапевта. Методы практики могут быть различными: от инструкций пациенту мысленно выйти из своего тела и наблюдать за тем, что происходит во время психотерапевтического сеанса, до задания отслеживать и записывать паттерны своего мышления в контексте определенных ситуаций или при определенных условиях. Если пациенту дается письменное задание, терапевту лучше подробно разобрать с ним различные способы его выполнения. Практика психической вовлеченности (которая описана в "Руководстве по тренингу навыков...") и другие медитативные упражнения также могут помочь в обучении самонаблюдению.

Ключевая проблема при обучении когнитивному самонаблюдению заключается в том, что острая потребность в нем приходится на тот период, когда пациент переживает крайне негативный аффект. И именно в это время пациент менее всего способен переносить эмоцию достаточно долго для того, чтобы наблюдать за собственными мыслями и адекватно оценивать паттерны своего мышления. Страх перед тем, что он может увидеть "внутри", если заглянет достаточно глубоко в себя, также может привести к избеганию самонаблюдения. Таким образом, необходим тщатель-

ный контроль процедуры, чтобы поддерживать требования к пациенту на приемлемом уровне. При этом следует учитывать принципы формирования (шейпинга).

2. Выявление неадаптивного когнитивного содержания и стиля и конфронтация с ними

Как уже неоднократно упоминалось, ДПТ предполагает, что когнитивное содержание и когнитивный стиль играют не менее важную роль в развитии и поддержании дисфункциональных пограничных паттернов, чем средовые или другие поведенческие факторы. Таким образом, при проведении поведенческого анализа терапевт должен отыскивать *когнитивные* факторы, предшествующие поведению, и результаты неадаптивных действий и реакций так же тщательно, как предшествующие поведению факторы и его результаты иного рода.

Многие из стратегий ДПТ требуют от терапевта (возможно, опосредованно) выявления, оспаривания проблемных убеждений, предположений, теорий, критических оценок и тенденций к жесткому, абсолютизированному и радикальному (т.е. недиалектическому) мышлению и конфронтации с ними. Диалектические стратегии, стратегии решения проблем, стратегии негативной коммуникации и все модули тренинга навыков целиком или частично сосредоточены на том, как пациент организует и использует информацию и что пациент думает о себе, терапии и своих отношениях с окружающим миром. Способность терапевта отыскать когнитивную проблему в отдельном случае, убедительно представить ее пациенту и предложить реалистичную альтернативу имеют при этом очень важное значение. Некоторые стратегии, обсуждаемые в предыдущих главах (например, диалектическая стратегия "адвоката дьявола", а также стратегия "За лапоть — курочку, за курочку — гуся, за гуся — овечку..."), рассчитаны именно на это. Однако диалектический стиль имеет очень большое значение, так как терапевт должен помогать пациенту расширять свои когнитивные возможности, а не доказывать его "неправоту". Поэтому при объяснении альтернативных точек зрения важна валидация имеющихся.

3. Выработка альтернативного адаптивного когнитивного содержания и стиля

Когда выявлены неадаптивные паттерны мышления, дисфункциональные правила и ожидания, а также проблемные когнитивные стили, наступает черед поиска более адаптивных способов мышления, которые может принять пациент. Самое важное правило ДПТ в этом случае состоит в том, что терапевт прежде всего должен обучать диалектическим стилям мышления и подкреплять их в противовес исключительно "рациональному" или "эмоциональному" мышлению. Диалектическое мышление (как и диалектические дилеммы для пациентов с ПРЛ) подробно обсуждалось в главах 2, 3, 5 и 7, поэтому я не буду на нем останавливаться. Однако при сохранении диалектического подхода терапевт должен помнить о том, что он не обладает абсолютной истиной. Даже диалектическое мышление имеет свои пределы и ограничения. Один из видов диалектического напряжения при когнитивной модификации возникает между рациональным и эмпирическим мышлением, с одной стороны, и интуитивным и эмоционально-обусловленным мышлением — с другой. С одной стороны, как в более "чистых" видах когнитивной терапии (например когнитивной терапии А. Бека), терапевт должен отдавать должное "практически

экспериментам" в реальном мире, которые позволяют подвергать проверке предположения, убеждения и правила. С другой стороны, терапевт ценит интуитивное знание, которое не может быть доказано какими-либо эмпирическими методами. Ценится скорее функциональное и эффективное мышление, а не формально "правильное" или точное.

Подобно любым другим навыкам, обучение диалектическому и функциональному мышлению требует активных усилий со стороны пациента. Терапевт может способствовать этим усилиям посредством продуманных вопросов во время психотерапевтических сеансов и с помощью домашних заданий по когнитивной деятельности. Что касается последних, терапевт просит пациента следить за дисфункциональным мышлением на протяжении недели, пытаться заменить его более функциональным мышлением, вести дневник или делать заметки, а также обсуждать свои действия на очередном психотерапевтическом сеансе. (Образцы форм для этой практики приводятся в "Руководстве по тренингу навыков...".) Во многих случаях терапевту приходится, образно выражаясь, клещами вытаскивать адекватное мышление из пациента. Пациенты с ПРЛ часто говорят "не знаю", когда их просят придумать новые подходы к старым проблемам. Зачастую они просто боятся предлагать новые способы мышления из-за опасения быть высмеянными или наказанными. Поэтому может потребоваться много побуждения, направляющего ободрения и формирования (шейпинга), чтобы заставить пациента выработать собственные адаптивные стили мышления, правила и словесные описания событий.

4. Разработка критериев: когда стоит доверять себе

Существенно важно для терапевта обращать внимание на тенденцию пациента обобщать отдельный случай ошибочного мышления, предубежденности или искаженного восприятия и делать вывод, что он не прав во всем — и будет не прав в будущем. Это, конечно же, форма почти стопроцентного недиалектического мышления. Но что может служить эффективным противовесом? Лучший выход из положения — помочь пациенту разработать критерии, которые помогут ему определить, когда он может себе доверять и не обращать внимания на другие точки зрения, а когда ст*о*ит по меньшей мере проверить свое восприятие и выводы. Некоторые общие принципы такой проверки подходят почти всем людям. Социально-когнитивные психологи и ученые, занимающиеся исследованием личности, уже много лет изучают тенденцию человека к предвзятости в суждениях и оценках. Некоторые из известных закономерностей предвзятости, которые влияют на человека в целом и касаются нашей темы в частности, представлены в табл. 11.7. Каждый отдельный пациент, кроме того, характеризуется определенными аспектами, в которых предвзятость и искажения будут встречаться с повышенной вероятностью. Таким образом, кроме установления общих сфер, подлежащих особому вниманию, критерии должны учитывать специфические тенденции к предвзятости отдельного индивида. Например, пациент может допускать характерные ошибки в состоянии гнева или по отношению к определенным людям. Другие имеют тенденцию к предвзятости, когда испытывают грусть. Женщинам с предменструальным синдромом нужна особая осторожность в дни, предшествующие менструации. Индивиды с ПРЛ часто избирательно реагируют на сигналы отвергания. Феминистки могут избирательно

реагировать на сигналы, которые могут быть интерпретированы как сексуальные или сексистские. Одна из моих пациенток, незамужняя, но мечтающая о замужестве, почти никогда не замечала одиноких прохожих, но с большой точностью запоминала количество встреченных парочек.

Таблица 11.7. Эвристика* суждений и предвзятость

1. Люди испытывают на себе влияние относительной доступности воспоминаний о событиях, относящихся к их суждениям ("эвристика доступности"). (Пример: субъективная оценка вероятности смерти от ряда причин зависит от степени внимания к теме летальных событий, появляющихся в сообщениях СМИ, а также их запоминаемости и воспроизводимости в образах.)
2. Суждения людей зависят от того, насколько они верят в протопипичность определенного события, т.е. в то, что единичное событие выступает как представитель большей группы событий ("эвристика репрезентативности"). (Пример: тенденция игнорировать среднестатистические показатели при прогнозировании. Так, более 90% студентов, обучающихся в аспирантуре в большинстве вузов США, получают докторскую степень. Тем не менее при опросе многие аспиранты полагали, что те из них, которые каким-то образом навлекут на себя недовольство научного руководителя, не получат докторскую степень. Это противоречит приведенным выше статистическим данным и тому факту, что некоторые из упомянутых 90% студентов, получивших степень, наверняка навлекли на себя гнев руководителей.)
3. Занятые вначале позиции продолжают влиять на последующие суждения, даже когда их явная неуместность очевидна ("эвристика якорения"). (Пример: люди упорно придерживаются изначальных гипотез. даже если их несостоятельность доказана.)
4. Люди предпочитают собирать информацию, которая подтверждает их представления, а не противоречит им ("подкрепление предубеждения"). (Пример: при попытке выявить наличие у человека определенной личностной характеристики или тенденции люди склонны задавать такие вопросы, которые скорее подтвердят наличие данной характеристики, чем опровергнут ее.)
5. Люди склонны приводить свои реконструированные или извлеченные из памяти вероятностные суждения в соответствие с существующим знанием ("ошибка ретроспекции"). (Пример: если человеку предоставляют клинические истории пациентов и просят объяснить гипотетические последствия — например, суицид, — вероятность именно этих последствий при оценке данных историй систематически повышается.)
6. Негативные эмоциональные состояния приводят к последовательной негативной погрешности в суждениях и оценке объективности ("ошибка настроения"). (Пример: в хорошем настроении люди сообщают о своей большей удовлетворенности тем, что имеют, оценивают свои успехи выше, даже при намеренно неадекватной обратной связи, чем в плохом настроении. При плохом настроении повышается субъективная вероятностная оценка различных бед и несчастий.)
7. Если люди представляют, что имеет место определенный исход событий, вероятностная оценка этого исхода повышается ("ошибка воображенного результата"). (Пример: люди, которые представляли себя жертвами несправедливого обвинения в преступлении, становились более восприимчивы к идее, что им действительно могут предъявить подобные обвинения.)

Примечание. Адаптировано из: *The Psychological Treatment of Depression: A Guide to the Therapy and Practice of Cognitive Behavior Therapy*, 2nd ed. by J. M. G. Williams, 1993, New York: *Free Press*. © 1993 by *Free Press*. Адаптировано с разрешения.

Здесь особо важны два момента. Во-первых, терапевт должен сказать пациенту, что все люди в большей или меньшей степени предвзяты и что искажения наблюдаются в восприятии каждого человека; это не означает, что нельзя себе доверять. Во-вторых, знание — сила; по крайней мере, знание повышает уверенность. Знание того, когда и при каких условиях человек больше всего склонен к предвзятости и искажениям, может помочь в выявлении и исправлении ошибок. Главное — нормализовать, а не патологизировать информационную предвзятость.

* Эвристика (от греч. *heurisko* — нахожу) — совокупность логических приемов и методических правил теоретического исследования и отыскания истины. — *Примеч. ред.*

Применение причинно-следственных процедур и процедур тренинга навыков в когнитивной модификации

Как и в случае всех активных терапевтических вмешательств ДПТ, роль клинициста в конфронтации и противодействии неадаптивным стилям мышления и когнитивного содержания, а также в выработке новых, более адаптивных и диалектических паттернов, должна ослабевать со временем, по мере того, как пациент становится все более компетентным в наблюдении и исправлении собственных когнитивных ошибок и снижении необъективности. В начале терапии специалисту часто необходимо "читать мысли" пациента (эта тема подробнее обсуждается в главе 8). В середине терапии специалист должен побуждать пациента к наблюдению и описанию его собственных неадаптивных допущений, убеждений или правил, а также к выработке новых паттернов мышления. На конечном этапе терапии пациент должен быть способен к более диалектическому мышлению и к распознаванию своего проблемного стиля и содержания с небольшой помощью со стороны терапевта или вовсе без нее. Принципы причинно-следственного управления и тренинга навыков, которые обсуждались в главе 10 и в начале этой главы, должны применяться и к когнитивной модификации.

Интеграция когнитивных навыков

Как уже упоминалось, обучение когнитивным навыкам имеет место во всех модулях. При тренинге перенесения дистресса и межличностной эффективности пациентам дают особые формулы, которые помогают им "настроить" себя; объяснения результатов поведения и адекватные ожидания также представляют собой важную часть тренинга межличностной эффективности. Обучение выявлению и изменению оценочных, критичных описаний связано с модулем психической вовлеченности, так же как обучение установлению дистанции и наблюдению. Модуль эмоциональной регуляции включает навыки выявления когнитивной оценки, относящейся к эмоциям. Если им обучают в рамках тренинга навыков, а индивидуальный терапевт использует другую терминологию или просто игнорирует эти навыки, пациент ничего не усвоит и такое обучение вряд ли пойдет ему на пользу. Поэтому в ДПТ очень важно, чтобы индивидуальный терапевт внимательно следил за когнитивными навыками, которым обучают в рамках соответствующих модулей, развивал и подкреплял их.

Формальные программы когнитивной терапии

В ДПТ нет ничего такого, что препятствовало бы внедрению формальных программ когнитивной терапии или рекомендации их пациентам. В качестве дополнительной терапии, особенно для тех пациентов, которые к ним готовы и хотят их пройти, такие программы ст*о*ят того, чтобы их рекомендовать. Организованные, структурированные процедуры когнитивных изменений не входят в ДПТ в качестве отдельного модуля по нескольким причинам. Во-первых, мой опыт показывает, что направленность преимущественно на изменение паттернов мышления и использование информации как способ решения проблем индивида зачастую слишком напоминает инвалидирующее окружение. Трудно противопоставить что-либо утверждению о том, что если бы пациент правильно мыслил, все было бы по-другому.

Хотя это недиалектический и некорректный ответ на хорошо проведенную когнитивную терапию, я обнаружила, что такой аргумент трудно опровергнуть.

Во-вторых, формальная когнитивная терапия обычно требует хотя бы минимального самоконтроля, фиксирования мыслей и допущений, разработки экспериментов для проверки мыслей и убеждений и проведения этих экспериментов. Для такой деятельности необходимо какое-то количество предварительных навыков, которых у многих пациентов с ПРЛ просто нет. Программа, требующая относительно большого объема самостоятельной работы на начальном этапе терапии, не подходит для пациентов с тяжелыми формами расстройства. По мере того как когнитивная терапия модифицируется так, что процедуры изменения применяются с терапевтом и на психотерапевтических сеансах, разница между процедурами изменения ДПТ и многими другими видами когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии уменьшается.

Заключение

В данной главе и в главе 10 я рассмотрела когнитивно-поведенческие процедуры изменения, а также объяснила, как они могут быть применены к проблемам пограничных пациентов. Эти четыре набора процедур — использование причинно-следственных факторов, тренинг навыков, экспозиционные техники и когнитивная модификация — составляют основу современной поведенческой терапии. Таким образом, в этом отношении ДПТ не являет собой нечто принципиально новое. Вам, читатель, важно помнить о том, что вы можете и должны дополнить ДПТ любыми техниками, которые вы считаете эффективными процедурами изменения или которые показали себя таковыми в ходе экспериментов. Вы или я могли бы дополнить книгу главами о других процедурах, помимо описанных здесь. Например, если вы специализируетесь в гештальт-терапии, то можете добавить техники своей школы. Они могут быть особенно эффективны на втором и третьем этапах терапии.

Работая над определенными поведенческими проблемами (например, супружеские или сексуальные дисфункции, алкоголизм и наркомания, расстройства пищевого поведения или другие расстройства оси I), вы можете добавить процедуры, которые показали себя эффективными в терапии этих расстройств. Если вы работаете с индивидом, который соответствует критериям множественного расстройства личности, вы можете добавить техники, которые действенны в этой сфере либо были разработаны для повышения интеграции личности. Очень важно, однако, внедрять другие процедуры обдуманно, теоретически обоснованно. Не стоит переключаться с одной тактики на другую при малейшей неудаче или немедленно внедрять всякую новую технику, о которой вы узнали.

Примечания

1. Многие принципы и структуру этого раздела предоставила Эдна Фоу, которая разработала ряд эффективных терапевтических программ на основе экспозиции

12

Стилистические стратегии: коммуникативный баланс

Стилистические стратегии, как видно из названия, имеют отношение к стилю и форме терапевтической коммуникации. Они сфокусированы на том, *как* терапевт использует другие терапевтические стратегии, а не на содержании коммуникации. Стиль относится к тону коммуникации (теплый, холодный или конфронтационный), резкости речи (мягкая и плавная или резкая и жесткая), ее характеру (легкая и юмористическая или очень серьезная), скорости (быстрая и напористая или медленная и обдуманная) и отзывчивости (уязвимая или невосприимчивая). Стиль терапевта может выражать такие установки, как снисходительность и заносчивость или, наоборот, уважение и симпатия. В ДПТ различают два основных коммуникативных стиля. Стиль реципрокной коммуникации определяется отзывчивостью, самораскрытием, душевным теплом и искренностью. И наоборот, стиль негативной коммуникации подразумевает неприветливость, дерзость и грубость. Реципрокность уязвима; негативизм может быть конфронтационным. Эти два стиля представляют собой два диалектических полюса. Они не только уравновешивают друг друга, но и подлежат синтезу. Терапевт должен быть способен переходить от одного стиля к другому с такой скоростью, что их слияние как таковое будет представлять собой стилистическую стратегию.

Пациенты с ПРЛ удивительно чувствительны к различиям в межличностной власти и к "играм", в которые играет терапевт. Зачастую бóльшая часть их жизненного опыта связана с позицией неудачника или отстающего. Многие из межличностных проблем этих индивидов представляют собой результаты довольно неудачных попыток восполнить дисбаланс власти. Цель реципрокной коммуникации — более умелое восполнение этого дисбаланса, а также обеспечение такой среды, которая удерживает пациента в рамках терапии. Она также предназначена для того, чтобы дать пациенту модель общения на равных, когда речь идет о важных отношениях.

Индивидам с ПРЛ очень трудно добиться достаточной степени психологического абстрагирования, чтобы со стороны наблюдать за происходящими в их жизни событиями и процессами и описывать их. Однако такие наблюдения необходимы для достижения изменений. Предназначение негативной коммуникации — помочь установить дистанцию, удерживая индивида в неустойчивом состоянии достаточно долгое время для того, чтобы он отказался от своего характерно жесткого, ограниченного подхода к жизни, к себе и к решению проблем. Следует подчеркивать оба диалектических полюса, не отрицая ни одного из них.

СТРАТЕГИИ РЕЦИПРОКНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Отзывчивость, самораскрытие, душевное тепло и искренность составляют четыре основные стратегии реципрокной коммуникации. Реципрокность важна для любых качественных межличностных отношений. Она необходима в близких отношениях, к которым относится и психотерапия, особенно в терапевтических отношениях с пограничными индивидами. Реципрокная коммуникация — обычный режим коммуникации в ДПТ.

Власть и психотерапия: кто устанавливает порядки?

Пациенты, проходящие терапию, часто жалуются на то, что они эмоционально уязвимы и открыты влиянию терапевта, но чувствуют, что сами не могут оказывать подобного влияния на клинициста. Пациенты не защищены, терапевты защищены. Образно выражаясь, пациенты вынуждены раздеваться донага, в то время как терапевты остаются в одежде. Риск распределяется неравномерно. Пациенты также сообщают о чувстве недосягаемости терапевта — он не связан ограничениями, а они связаны. Речь идет не только о неравной власти в терапии; сама природа терапии обусловливает неравенство в тех сферах жизни пациента, которые наиболее важны для него. Многие конфликты, возникающие при проведении терапии, вызваны этим неравномерным распределением власти, а также попытками пациента изменить это положение.

Хотя клиницисты не настолько неуязвимы, как часто представляется пациентам, в нравах современной терапии есть много такого, что оправдывает недовольство пациентов и их смятение. Терапевты и хотели бы, чтобы это было не так, но жалобы пациентов часто обоснованны. Правила, определяющие поведение и межличностный стиль терапевта, часто искусственны, известны терапевту, но не известны пациенту, в результате поведение терапевта не только непонятно для пациента, но и непредсказуемо. Терапевт призывает к эмоциональной близости, однако обычные правила эмоциональной близости неприменимы для терапевтических отношений. Правила эмоциональной близости для одного индивида (клиницист), вовлеченного *в том числе* в отношения модели "терапевт–пациент", могут быть совершенно неприемлемы для другого индивида (пациент), который вовлечен *только* в отношения с единственным другим человеком. Терапевт часто чувствует себя некомфортно или не признает самораскрытия, в то же время требуя самораскрытия от пациента. Хотя терапевтические отношения представляются как отношения опеки и помощи, доступность и гибкость, которые характерны для почти всех прочих отношений такого рода, в них часто отсутствуют или присутствуют в недостаточной степени.

С пограничным пациентом при проведении терапии в некоторых аспектах обращаются примерно так, как родители обращаются с детьми: часто терапевт чувствует себя вправе распоряжаться его жизнью. Однако ребенок в конце концов вырастает и становится равным своим родителям. Пациент же, по мере "взросления", не обязательно приобретает больше власти в терапевтических отношениях. Когда же это становится реальным и может установиться равенство, отношения нередко заканчиваются.

В академической среде есть поговорка, что студенты стоят на плечах своих преподавателей. Студенты, рассказывая о своем образовании, упоминают, у каких преподавателей они учились. Однако что касается терапии, культурные нормы заставляют пациентов скрывать свое участие в терапевтических отношениях — этих отношений принято стыдиться, они не являются предметом гордости. Даже терапевты, которые в свое время сами были пациентами у других специалистов, часто предпочитают скрывать эту информацию от собственных пациентов.

Пациенты с ПРЛ особенно восприимчивы к различиям в распределении власти и особенно нетерпимы к искусственности терапевтических отношений. Это может вызываться тем, что они достаточно пострадали от неравного распределения межличностной власти в прошлом. Кроме того, зачастую они не участвуют в других близких отношениях, в которых власть распределена более равномерно, чтобы сбалансировать неравенство терапевтических отношений. Многие из трудностей терапии пограничных пациентов связаны именно с этим фундаментальным неравенством. Не имея возможности уравновесить власть в отношениях или прекратить отношения, пациенты с ПРЛ часто колеблются между поведением зависимости и подчиненности, с одной стороны, и доминирования и отвергания — с другой. Они постоянно переходят от доведенной до крайности зависимости до чрезмерной независимости. Очень немногие взрослые готовы и хотят поддерживать долговременные отношения, в которых их власть и влияние настолько ограничены. Потребность в долгосрочных терапевтических отношениях ставит индивидов с ПРЛ в положение особой уязвимости; эффективная терапия требует от специалиста особенной восприимчивости к этой дилемме.

Стратегии реципрокной коммуникации рассчитаны на то, чтобы снизить воспринимаемую разницу во власти терапевта и пациента; чтобы повысить открытость специалиста влиянию пациента, тем самым выражая доверие и уважение к пациенту; а также усилить привязанность и близость членов отношений (обзор литературы по проблеме отзывчивости и самораскрытия можно найти в: *Derlega & Berg, 1987*). Стратегии реципрокной коммуникации обсуждаются в следующих разделах и подытожены в табл. 12.1.

Таблица 12.1. Стратегии реципрокной коммуникации

ЧУТКОЕ РЕАГИРОВАНИЕ на пациента:

- терапевт внимателен к пациенту; терапевт "бодрствует" при общении с ним:
  - — терапевт обращает внимание на небольшие изменения в поведении пациента во время общения;
  - — терапевт варьирует выражение аффекта и невербальные реакции (положение тела, визуальный контакт, мимика) в соответствии с содержанием сообщений пациента, выражая свою заинтересованность и активное участие;
  - — терапевт подстраивается под интенсивность реакций пациента;
  - — своевременность реакций терапевта выражает понимание и заинтересованность;

Таблица 12.1 (продолжение)

- терапевт серьезно относится к темам, предлагаемым пациентом:
  - терапевт отвечает на содержание сообщений пациента:
  - терапевт дает полные ответы на вопросы пациента;
  - содержание ответов терапевта имеет непосредственное отношение к сообщениям пациента;
  - терапевт развивает и конкретизирует содержание сообщений или вопросов пациента.

Применение САМОРАСКРЫТИЯ:

- терапевт ориентирует пациента на самораскрытие в ДПТ;
- терапевт говорит о себе;
- терапевт раскрывает пациенту свои текущие реакции на него и на его поведение, говоря от первого лица и используя формулу "Когда вы делаете *X*, то я делаю (думаю, чувствую) *Y*";
- терапевт делится собственным опытом общения с пациентом и опытом терапевтических отношений; он говорит с ним "по душам":
  - терапевт сосредоточивается на процессе взаимодействия;
  - терапевт говорит пациенту о своем отношении к нему, о значении пациента для него;
- терапевт сочетает вовлеченность и отзывчивость:
  - терапевт четко разделяет поведение пациента и собственное поведение;
  - терапевт следит за влиянием самораскрытия и отзывчивости на поведение пациента;
- терапевт раскрывает реакции других людей на себя;
- терапевт применяет личное самораскрытие:
  - терапевт использует самораскрытие как способ моделирования:
  - терапевт делится личными усилиями (а также успехами или неудачами) при разрешении проблем, подобных проблемам пациента;
  - терапевт моделирует нормативное поведение и реакции;
  - терапевт моделирует способы совладания с собственными жизненными проблемами;
  - терапевт моделирует способы совладания с неудачами;
  - терапевт раскрывает профессиональную информацию о себе:
  - профессиональную подготовку и научную степень;
  - теоретическую ориентацию (принадлежность к той или иной терапевтической школе);
  - опыт работы с пограничными и суицидальными индивидами;
  - терапевт раскрывает личную информацию о себе (возраст, семейное положение и т.п.) — в той степени, которая не причиняет ему дискомфорта и кажется полезной для пациента;
- терапевт использует консультативную группу по обсуждению клинических случаев, чтобы контролировать свое самораскрытие.

ТЕПЛОЕ УЧАСТИЕ к пациенту (как противоположность нежеланию общаться и работать с ним):

- терапевт открыто признает свое нежелание работать с пациентом на определенном этапе терапии;
- если терапевт по природе сдержан, он выражает свою заботу о пациенте другими способами;
- когда пациент вызывает у терапевта ярость, последний справляется с такими эмоциями;
- терапевт использует физический контакт исключительно в терапевтических целях:
  - роль физического контакта в терапевтическом плане четко обусловлена терапевтом;
  - физический контакт (прикосновение, объятия) длится недолго;
  - физический контакт соответствует уровню близости участников терапевтических отношений на данном этапе;
  - терапевт чутко реагирует на желания и уровень психологического комфорта пациента;
  - терапевт открыто говорит о своих личных границах в отношении физического контакта;
  - терапевт категорически избегает физического контакта с сексуальным подтекстом;
  - терапевт относится к инициативе неподобающего физического контакта со стороны пациента как к препятствующему терапии поведению;
  - терапевт готов к публичности физического контакта с пациентом.

ИСКРЕННОСТЬ:

- поведение терапевта скорее естественное, чем искусственное;
- благожелательность терапевта не зависит от его профессиональной роли;
- терапевт соблюдает естественные границы терапевтических отношений.

Таблица 12.1 (окончание)

Тактика, противоречащая ДПТ:

- самораскрытие терапевта обусловлено потребностями терапевта, а не пациента;
- терапевт не соблюдает границ относительно отзывчивости и самораскрытия;
- терапевт говорит с пациентом "по душам", вместо того чтобы работать над значимым проблемным поведением;
- терапевт ведет себя неискренне;
- терапевт входит в сексуальную близость с пациентом, флиртует или ведет себя сексуально вызывающе.

1. ЧУТКОЕ РЕАГИРОВАНИЕ

"Чуткое реагирование" в широком смысле означает ту степень заинтересованности в сообщениях, действиях и понимании пациента, с которой терапевт отвечает на общение с ним, а также участливое отношение к сути сообщений, желаний и потребностей пациента. Это такой коммуникативный стиль, который показывает пациенту, что терапевт прислушивается к нему и воспринимает его серьезно, а не игнорирует его сообщения и желания.

Чуткое реагирование включает следующие характеристики.

Бодрствование

Бодрствование означает сохранение внимания к пациенту без отвлечения на посторонние размышления или фантазии, посторонние заметки, телефонные звонки и т.д. Терапевт должен быть особенно внимателен к изменениям в настроении пациента или к эмоциональным реакциям на данном этапе. Как я неоднократно упоминала, невербальная эмоциональная экспрессия пациентов с ПРЛ зачастую очень слабо выражена и трудно различима. Поэтому терапевт должен фиксировать небольшие изменения и периодически проверять, что происходит с пациентом. Часто помогает такой вопрос: "Что вы чувствуете в настоящий момент?" Иногда терапевту может понадобиться несколько минут, чтобы проанализировать влияние текущего взаимодействия на пациента; изменения в терапевтическом стиле или акцентах могут быть или не быть необходимы. Хотя это может привести к небольшому отвлечению от сути происходящего, вернуться к нему будет относительно несложно. Бодрствование — это способность ничего не упускать, ничего не оставлять без внимания.

Бодрствование требует также вовлеченного, реципрокного взаимодействия. Вербальное выражение эмоции и интенсивность такого выражения, как и невербальные реакции (положение тела, визуальный контакт, мимика) должны варьироваться в зависимости от того, что делает или говорит пациент, — таким образом, чтобы продемонстрировать активную вовлеченность во взаимодействие.

Серьезное отношение к пациенту

Отзывчивость требует от терапевта внимания к желаниям и потребностям пациента относительно повестки дня терапии, т.е. серьезного отношения к пациенту. При этом серьезное отношение к запросам пациента не обязательно означает, что терапевт будет отказываться от своих планов в пользу планов пациента. Такое отношение, однако, требует открытого признания запросов пациента и не допускает

их игнорирования; требует нахождения компромиссных решений, когда это возможно; приоритетного внимания к повестке дня пациента, если она действительно более важна; и признания обоснованности желаний пациента, если терапевт все-таки будет настаивать на своих планах.

Реакция на содержание сообщений пациента

Отзывчивость требует от терапевта адекватных ответов на вопросы пациента; замечаний по поводу сказанного или сделанного пациентом либо развития и продолжения сообщений и затронутых им тем. Встречный вопрос терапевта в ответ на вопрос пациента — "Почему вы об этом спрашиваете?" — может иметь терапевтическое значение, но не имеет отношения к отзывчивости.

2. САМОРАСКРЫТИЕ

"Самораскрытие" подразумевает объяснение терапевтом пациенту своих установок, мнений и эмоциональных реакций, а также реакций на терапевтические ситуации или информацию о своем жизненном опыте. В психотерапевтической литературе тема самораскрытия специалиста является предметом острой полемики. Оно также может быть причиной конфликта между терапевтом и пациентом. Обычно (но не всегда) пациент требует от клинициста самораскрытия в большей степени, чем это удобно для последнего; однако в некоторых случаях пациент хотел бы ограничить самораскрытие терапевта. ДПТ поощряет самораскрытие терапевта в одних случаях и не рекомендует применять эту технику в других. При принятии решения относительно самораскрытия всегда следует руководствоваться полезностью этой техники для пациента и адекватностью содержания сообщаемой информации рассматриваемой в данный момент теме.

В ДПТ используются два основных типа самораскрытия: 1) самововлечения и 2) личное. "Самораскрытие самововлечения" — технический термин, который относится к сообщениям терапевта о его непосредственных личных реакциях на пациента. В литературе по консультированию эта техника иногда называется "непосредственностью". В психодинамической школе она может осмысливаться как сосредоточение на контрпереносе. "Личное самораскрытие" относится к личной информации, сообщаемой терапевтом пациенту, например профессиональная квалификация, социальные отношения вне терапии (в том числе семейное положение), опыт прошлого или настоящего, мнения или планы, которые не обязательно относятся к терапии или пациенту.

Самораскрытие можно эффективно использовать как составляющую почти всякой стратегии ДПТ. Самораскрытие — 1) элемент валидации, если оно нормализует опыт пациента или его реакции, сообщая о согласии терапевта с восприятием пациента или с его интерпретацией ситуации, о понимании его эмоций или о должной оценке его решений; 2) элемент решения проблем, когда оно раскрывает способы анализа проблемы или решений, которые применялись терапевтом для подобных проблем; 3) элемент тренинга навыков, когда ведущий предлагает новые способы нормализации проблемной ситуации, почерпнутые из собственного опыта; 4) элемент причинно-следственного управления и прояснения, если оно показывает реакции терапевта на поведение пациента; 5) элемент терапевтической экспозиции

когда реакции клинициста пугают пациента или служат источником фрустрации. Кроме того, самораскрытие повышает эффективность терапевтических отношений, способствуя эмоциональной близости и теплоте. Как и при использовании любых стратегий, существуют некоторые рекомендации для правильного использования самораскрытия.

Ориентация пациента на самораскрытие терапевта

Польза самораскрытия часто зависит от того, ожидается ли оно пациентом как форма помощи со стороны терапевта. Пациентов, которым сообщают, что профессиональные и компетентные специалисты не прибегают к самораскрытию, применение этой техники скорее отталкивает; терапевта могут воспринять как некомпетентного. Одна из моих пациенток, направленная ко мне другим специалистом, перестала посещать психотерапевтические сеансы. Накануне мне нужно было уехать из города, и пациентка спросила меня, куда я направляюсь. Мой обстоятельный ответ был встречен гневом и презрением: если я делилась с ней своими планами, я была явно некомпетентна. Предыдущий терапевт никогда бы этого не сделал! Я не подготовила пациентку, не объяснила ей разницу между отношениями в психоанализе и ДПТ. Хотя в этом случае даже тщательная подготовка пациента может не решить проблемы, терапевт с самого начала должен ориентировать пациентов на роль самораскрытия в ДПТ. Полезно также выяснять и обсуждать ожидания и представления пациента относительно самораскрытия терапевта.

Самораскрытие самововлечения

Раскрытие реакций на пациента и его поведение. В ДПТ терапевт в качестве одной из составляющих терапевтического диалога сообщает пациенту о своих непосредственных реакциях на него и его поведение. Самораскрытие при этом принимает следующий вид: "Когда вы поступаете *X*, то я чувствую (или думаю, или хочу) *Y*". Например, терапевт может сказать: "Когда вы звоните мне домой и начинаете критиковать все, что я для вас сделал, то у меня опускаются руки" или "...я начинаю думать, что на самом деле вы не хотите моей помощи". Неделю спустя, когда поведение пациента при телефонных консультациях улучшается, терапевт может сказать: "Теперь, когда вы перестали критиковать меня в наших телефонных беседах, мне гораздо легче вам помочь". Один терапевт из моей клиники, на холодность которого жаловались пациенты, сказал: "Когда вы требуете от меня душевной теплоты, это отталкивает меня, и я еще меньше способен на теплое отношение". Когда одна из моих пациенток умоляла меня помочь ей, а сама не хотела заполнять дневниковые карточки самонаблюдения, я сказала: "Вы все время просите о помощи, но не делаете того, что должно вам помочь. Я очень разочарована, потому что хочу вам помочь, а вы мне не позволяете". "Я очень рада" — формула самораскрытия, которую я обычно применяю, когда у пациентов наблюдаются улучшения, когда они сталкиваются с особо сложной ситуацией или делают мне что-нибудь приятное (например, присылают поздравительную открытку). "Я подавлена" — такой могла бы быть формула самораскрытия для пациента, который вопреки моей рекомендации десятый раз подряд ложится в психиатрическую лечебницу.

Самораскрытие реакций терапевта на пациента служит как целям валидации, так и оспаривания. Это основной метод причинно-следственного управления, соблюдения ограничений, прояснения причинно-следственных отношений, акцентирования поведения пациента терапевтом. Самораскрытие используется как причинно-следственное управление, потому что реакции терапевта вряд ли могут нейтрально восприниматься пациентом. Они либо позитивны, поощряя поведение *X*, либо негативны, наказывая его. Как я уже упоминала в главе 10, отношения терапевта с пациентом — один из самых значимых причинно-следственных факторов при работе с пограничными индивидами. Самораскрытие самововлечения — средство сообщения о синхронности этих отношений.

Самораскрытие индивидуальных границ, как относительно возможностей, так и относительно предпочтений, необходимо при использовании процедур соблюдения границ. При этом терапевту следует обратить внимание на то, чтобы раскрывать границы как свои личные характерные особенности, а не терапевтические закономерности. Самораскрытие само по себе — тоже форма соблюдения границ.

Раскрытие реакций на пациента и его поведение — еще и средство прояснения причинно-следственных отношений, поскольку предоставляет пациенту информацию о результатах его собственного поведения. Когда реакции терапевта в разумной степени нормативны, эта информация может быть чрезвычайно важна для помощи пациенту в изменении его межличностного поведения. Индивиды с ПРЛ часто воспитываются в семьях, где реакции на их поведение либо не сообщались, либо не были нормативными. Поэтому пациент зачастую не осознает того, как его поведение действует на других людей, и так продолжается до тех пор, пока такое непонимание не приносит непоправимого вреда. Особенно важно давать пациенту обратную связь относительно его поведения на ранних этапах реконструкции цепочки негативного межличностного поведения, а не ждать реакции настолько сильной, что исправление нарушенных отношений будет чрезвычайно проблематичным.

"По душам". Самораскрытие самововлечения включает также обсуждение с пациентом чувств терапевта относительно того, что происходит в настоящий момент, при терапевтическом взаимодействии, по телефону или в личном общении. Хотя здесь нет больших различий по сравнению с раскрытием реакций на поведение пациента, направленность смещается на "возвратно-поступательное" взаимодействие двух сторон. Терапевт раскрывает свое восприятие текущего взаимодействия, а также свои реакции на него. Самораскрытие может иметь следующую форму: "Мне кажется, что между нами происходит *X*. Что вы об этом думаете?" Например: "Я чувствую, что наше общение становится все более напряженным. Вы тоже это ощущаете?" Терапевт переводит акцент диалога на текущее состояние процесса общения. Такое переключение может быть очень кратким (небольшой комментарий мимоходом) либо же способно привести к глубокому анализу взаимодействия.

При соответствующем вопросе со стороны пациента терапевт должен быть готов к обсуждению своей позиции по отношению к нему. В этом случае терапевт обсуждает с пациентом свой взгляд на их отношения в целом, не останавливаясь на отдельных моментах взаимодействия. Например, одна из моих пациенток не явилась на психотерапевтический сеанс (снова), не позвонив мне, потому что забыла (снова) свое лекарство, отчего у нее случился припадок и неотложка забрала ее в больницу

(снова). При следующей встрече она спросила, буду ли я на нее сердиться (снова). Я сказала примерно следующее: “Думаю, да. Однако я заметила, что когда вы ведете себя подобным образом, я сержусь, но потом мы все улаживаем и продолжаем работать вместе. По-моему, у нас сложились довольно прочные отношения, и каждый из нас неплохо переносит разные недоразумения. Поэтому давайте закончим на этом и перейдем к другим вопросам”. Пациенты с ПРЛ часто задают вопросы в лоб: “Что вы обо мне думаете?”, “Вам нравится со мной работать?” На такие вопросы можно отвечать прямо и четко. Что касается описанной выше ситуации, я могла бы ответить: “Сейчас я на вас злюсь, но мне по-прежнему нравится с вами работать”.

Обсуждение терапевтического процесса часто необходимо при препятствующем терапии поведении со стороны пациента. Решение о том, как поступить — придерживаться запланированного порядка психотерапевтического сеанса и игнорировать препятствующее терапии поведение пациента или остановиться и уделить внимание процессу, — может быть очень трудным. Мой опыт показывает, что если терапевт останавливается для обсуждения препятствующего терапии поведения, на этом терапевтическая работа заканчивается. Однако если такое поведение не обсуждается, результат примерно тот же — терапевтическая работа замедляется или останавливается. Препятствующее терапии поведение пациента часто заключается в избегании, которое направлено на отвлечение терапевта от текущей задачи. Терапевт должен быть очень осмотрительным, чтобы не поддаваться на попытку отвлечь его внимание. Обсуждение процесса, наоборот, обычно выступает эффективным подкрепляющим фактором как для пациента, так и для терапевта и служит основанием для такого общения, которое можно назвать “по душам”.

Эффективное использование общения “по душам” требует, чтобы терапевт умело контролировал его функции в данный момент и для данного пациента. Общее правило использования общения “по душам” заключается в том, чтобы применять его для решения проблем или терапевтической деятельности и избегать его, когда оно служит отвлечению от важных тем. Можно упомянуть несколько особых случаев, когда общение “по душам” уместно.

Во-первых, краткое общение “по душам” может быть использовано, чтобы прервать поведение пациента, препятствующее работе над высокоприоритетными проблемами. В данном случае это способ актуализации поведения пациента (актуализация — одна из стратегий инсайта, описанная в главе 9) и в зависимости от уровня конфронтации может играть роль нежелательного последствия (глава 10). Например, пациентка может прийти на терапию в пассивно-негативистском настроении и отвергать все мои идеи и попытки решения проблем. Я могу сказать такой пациентке: “Мне кажется, что мы пытаемся свалить друг на друга ответственность за эту проблему, вы — на меня, а я — на вас. Вам так не кажется?” Или же я могу сказать: “Что здесь происходит? Я делаю все, что в моих силах, чтобы помочь вам решить эту проблему, а вы просто сидите и наблюдаете за моими стараниями. Я пытаюсь привлечь вас к участию, но, кажется, у меня ничего не выходит. Что скажете? Вы со мной согласны?” После краткого обсуждения этой темы (которое не должно переходить в обсуждение наших отношений в целом) я возвращаюсь к основной теме. Эту тактику можно применять несколько раз за время психотерапевтического сеанса (“Кажется, мы опять начинаем перекладывать ответствен-

ность друг на друга"). Самое главное — всегда возвращаться к обсуждению основной темы. В противном случае общение "по душам" будет для пациента удобным способом избежать трудных тем.

Во-вторых, продуманное общение "по душам" используется как средство подкрепления. В этом случае оно должно быть распределено во времени таким образом, чтобы следовать непосредственно за изменениями (в лучшую сторону) поведения пациента или, по крайней мере, за терапевтической экспозицией избегаемого поведения. Например, я могу побудить пациентку к поведенческому анализу, а затем "по душам" обсудить трудности этого анализа.

В-третьих, продуманное общение "по душам" используется для исправления отношений, которые нарушаются вследствие ошибки терапевта или когда ошибка допущена пациентом и он хочет эту ошибку исправить. Стратегии решения проблем в отношениях, которые подробно обсуждаются в главе 15, в некотором роде представляют собой детально разработанные версии общения "по душам". Очень важно, однако, помнить о подкрепляющей роли общения "по душам" для пациентов. Терапевт не должен допускать, чтобы такое общение стало поводом для отвлечения от трудных тем. Равновесие между общением "по душам" и сосредоточением терапии на темах, избегаемых пациентом, напоминает баланс, который должен быть установлен между валидацией и активным решением проблем.

Слияние самововлечения и отзывчивости. Из сказанного выше вытекает, что самораскрытие самововлечения требует, чтобы терапевт был внимательным как к пациенту, так и к себе. Оно требует определенной способности давать себе отчет в собственных чувствах и реакциях, а также способности выразить эти реакции такими словами, которые будут понятны пациенту. Здесь важны два момента. Во-первых, представляя пациенту ситуацию, терапевт должен придерживаться очевидных фактов, а не предлагать свои умозаключения относительно его мотивов, желаний и фантазий как составляющих ситуации. Эти интерпретации — часть собственной реакции терапевта на ситуацию, сами по себе они не являются частью ситуации. Одно дело — сказать пациенту: "У меня такое ощущение, будто вы затеяли со мной какую-то игру", и совсем другое — "Вы затеяли со мной какую-то игру". Во-вторых, представляя пациенту свои реакции, терапевт должен соблюдать осторожность, определяя интенсивность эмоций, которая не должна быть ни слишком высокой, ни слишком низкой. Например, разговаривая с пациенткой, которая боится быть отвергнутой, лучше сказать: "Я очень разочарован", а не "Я очень зол на вас". Подбор интенсивности (но не обязательно эмоций) "под пациента" — хорошее начало терапии.

Как и в случае всякого другого поведения терапевта, существенно важно следить за влиянием поведения самораскрытия на отдельных пациентов. Цель терапевта заключается в том, чтобы добиться возможности делиться с пациентом — посредством слов и поведения, открыто и спонтанно — своими реакциями на него. В начале терапии это не всегда возможно, поэтому раскрытие следует отложить.

Самораскрытие реакций других людей на терапевта. Самораскрытие, связанное с реакцией других людей на терапевта, также может иметь большое значение для помощи пациенту в принятии собственных реакций на терапевта и терапевта на

пациента. Неэмоциональный терапевт, о котором я упоминала выше, отвечал на жалобы пациентов по поводу его холодности примерно следующее (передаю суть): "Не вы одна испытываете такие чувства. Другие люди, с которыми я живу и работаю, говорили мне то же самое. Я знаю, что вам было бы легче со мной, если бы я был более эмоциональным человеком, но я делаю все, что в моих силах". Такое самораскрытие и уязвимость обезоружили пациентку, и она перестала донимать терапевта своими требования. Ей не нужно было больше искать подтверждения своего восприятия терапевта, чтобы доказать свою потребность в большем количестве душевного тепла. Теперь и она, и терапевт могли сосредоточиться на том, как строить отношения, в которых другая сторона не могла обеспечить ей желаемое и, возможно, необходимое душевное тепло. Мои пациенты жаловались на многие мои недостатки межличностного плана, на которые обращали внимание и другие люди. Раскрытие того факта, что и другие люди тоже жалуются на недостатки терапевта, становится источником сильной валидации и стимуляции для таких пациентов. Сообщение о том, что я работаю над своими недостатками (если они действительно вредны и могут быть исправлены), сделанное без необоснованного стыда или чувства вины, моделирует принятие себя, которое пациент сможет имитировать.

Личное самораскрытие

Самораскрытие как моделирование. ДПТ поощряет личное самораскрытие, моделирующее либо нормативные реакции на ситуации, либо способы решения трудных ситуаций. Терапевт может раскрывать мнения или реакции на ситуации, чтобы валидировать реакции пациента или оспорить их ("согласен" или "не согласен"). Такое моделирование может быть особенно полезным для пациентов, воспитанных в хаотических либо перфекционистских семьях, где мнения и реакции, к которым пациенты прислушивались, не были нормативными для культурной среды. Зачастую такие пациенты не знают, что другие реакции на события, другие мнения о мире не только возможны, но и приемлемы.

Подобным образом, самораскрытие терапевта может быть использовано тогда, когда реакции пациента противоречат нормативным, однако уместны или гармоничны, либо по какой-то другой причине подлежат поощрению. Если и терапевт, и пациент имеют общее в том, что не хотят "соответствовать" культуре, самораскрытие может быть источником сильной валидации для пациента. Примеры — феминистки в сексистской среде, представитель национального меньшинства в доминирующей культуре, человек с общественными устоями в индивидуализированном обществе. В этих случаях терапевту столь же важно раскрывать, как он справляется с "несоответствием", поддерживая принятие себя и позитивные отношения с большинством.

При обучении поведенческим навыкам может быть очень полезно представить модель совладания, а не модель мастерства для применения навыков. Терапевт в этом случае рассказывает пациенту о своих усилиях — включая как успехи, так и неудачи при применении изучаемых навыков. Упоминание о неудачах может иметь большое значение, особенно когда терапевт сообщает о том, как он справился с неудачей. Но при этом следует помнить, что хотя ситуация терапевта и может походить на ситуацию пациента, они не идентичны.

Самораскрытие профессиональной информации. Терапевт не должен скрывать от пациента информацию о своем профессиональном образовании, квалификации, теоретической ориентации, а также свои взгляды относительно определенных профессиональных аспектов. Иногда пациенты интересуются опытом специалиста в терапии ПРЛ, успехами и неудачами в этой области. Следует предоставлять им такую информацию, а также информацию о супервизии и консультировании терапевта.

Самораскрытие личной информации. Пациенты часто интересуются подробностями личной жизни терапевта: спрашивают о возрасте, семейном положении, детях, друзьях, религиозной принадлежности или религиозных убеждениях, отношении к работе; иногда интересуются, проходил ли он сам терапию, и т.д. Терапевтам следует раскрывать соответствующую информацию, если это не вызывает у них дискомфорта. При этом действует следующее правило: если самораскрытие служит интересам пациента, не существует каких-либо критериев (кроме здравого смысла и изложенных выше рекомендаций), ограничивающих предоставляемую пациенту информацию. Одни терапевты более откровенны, другие более сдержанны, — самое главное, чтобы они сообщали о личных границах (и соблюдали их!), связанных с неприкосновенностью их личной жизни. Если только поведение пациента не будет явно неадекватным в близких отношениях, не ст*о*ит давать пациенту понять, что в его желании большего раскрытия со стороны специалиста кроется патология.

Иногда пациенты спрашивают терапевта, испытывал ли он проблемы, подобные их собственным. Ответ зависит от жизненной истории терапевта, его готовности открыть свою частную жизнь для пациента и возможности эффективного использования такой информации последним. В некоторых терапевтических программах — например, тех, которые предназначены для работы с алкоголиками — отбираются специалисты, которые в прошлом имели те же проблемы, что и их пациенты; раскрытие этой информации, таким образом, становится важной составляющей терапии. Женские терапевтические группы формируются по тому же принципу — схожий опыт объединяет терапевта и пациентов. В ДПТ такая общность опыта не считается определяющей для проведения терапии, но и не запрещается.

Есть несколько моментов, которые нужно помнить в связи с данным видом самораскрытия. Во-первых, независимо от степени сходства ситуаций, различия между пациентом и терапевтом могут быть более значимыми, чем общность; следует принимать во внимание и различия, и сходство. Во-вторых, терапевт должен быть очень осторожным, делясь с пациентом насущными проблемами. Не следует отягощать пациента своими проблемами или использовать его в роли "терапевта для терапевта". Обсуждение этих вопросов будет продолжено ниже.

Супервизия и консультирование терапевта

Управление самораскрытием сопряжено с серьезными трудностями и выступает одной из причин того, почему многие школы рекомендуют специалистам также проходить индивидуальную психотерапию. В ДПТ индивидуальный супервизор или консультативная группа по обсуждению клинических случаев могут иметь существенное значение для контроля специалистом своего самораскрытия.

3. ТЕПЛОЕ УЧАСТИЕ

Душевное тепло и дружелюбие в терапевтических отношениях, согласно исследовательской литературе, коррелируют с положительными результатами терапии (обзор литературы бихевиористического направления по этой теме можно найти в: *Morris & Magrath, 1983*). Это касается индивидов с ПРЛ не меньше, чем других категорий пациентов (*Woollcott, 1985*). Парадоксально, но пациенты с ПРЛ могут вызывать у терапевтов как сильный положительный, так и сильный отрицательный аффект. С одной стороны, тенденция к несдерживаемой эмпатии, теплоте и дружелюбию (т.е. очевидно сильный положительный аффект) могут привести к нарушению условий терапевтического контракта и установлению нетерапевтических дружеских отношений, эмоциональной и физической близости, а иногда и к смене ролей. С другой стороны, как я упоминала в главе 1, пациенты с ПРЛ могут вызывать такую антипатию, которую трудно преодолеть. Тенденция многих терапевтов к враждебному отношению к пациентам и гневу, непринятию и "обвинению жертвы" настолько сильна, что ДПТ активно работает над укреплением хорошего отношения и мотивации к работе с пограничными пациентами. Зачастую терапевт переходит от чрезмерной привязанности к агрессивному отвержению пациента. (Эта тема подробнее обсуждается в главе 13.)

Золотая середина — теплое участие — обычная позиция ДПТ. "Тепло" в этом случае может определяться как активное сообщение пациенту позитивной реакции терапевта. Теплое участие сочетает позитивную реакцию на пациента с заинтересованностью в совместной терапевтической работе. Как тон голоса, так и стиль общения должны отражать расположение и вовлеченность специалиста в терапевтическое взаимодействие в противовес нерасположению и отстраненности. Особенно во время телефонной консультации терапевт должен полноценно участвовать в общении, стараться, чтобы его голос даже ненамеренно не выражал нетерпения или раздражения из-за того, что его прервали. При личном общении положение тела тоже должно говорить о заинтересованности и участии. По многим причинам (часть из которых вполне очевидны) пациент с ПРЛ нередко считает, что терапевт на него зол, хочет от него избавиться, находит его скучным и т.п. Такой пациент может бояться приходить на психотерапевтический сеанс, опасаясь холодного, неодобрительного или незаинтересованного отношения. Терапевтически правильным для терапевта будет выражение пациенту душевной теплоты и слова об ожидании следующей встречи. Терапевт должен ориентироваться на дружеский, приветливый стиль общения, а не холодный и официальный подход к пациентам.

Ограничения относительно теплого участия

Иногда теплое участие может быть очень трудным, особенно если пациент ищет дополнительных терапевтических контактов — звонит по телефону либо приходит в кабинет терапевта в неурочное время. Если терапевт не готов разговаривать с пациентом в данный момент (и нет кризиса, требующего немедленного вмешательства), он может предложить пациенту побеседовать позже. Или же терапевт может открыто рассказать о трудностях, провести краткую беседу с пациентом, а затем в течение нескольких минут общаться с ним настолько тепло и участливо, насколько это возможно. Терапевт, который постоянно испытывает холодность, отстраненность или

скуку по отношению к пациенту во время плановых психотерапевтических сеансов, может быть уверен: что-то не в порядке — с ним самим, с пациентом или с ними обоими. Стратегия, применяемая в такой ситуации, — рассмотреть данную тему с консультативной группой по обсуждению клинических случаев, проанализировать взаимодействие вместе с пациентом и решить проблемы в отношениях. Зачастую нежелание терапевта выступает признаком препятствующего терапии поведения со стороны пациента или того, что специалист не соблюдает собственных границ.

Некоторые терапевты принадлежат к "прохладному" типу, т.е. от природы сдержанны в межличностных отношениях. Конечно, проблем не возникает, если пациенту тоже удобно поддерживать дистанцию в отношениях. И наоборот, при работе с пациентами, которые хотят получить или нуждаются в более теплом отношении или которые принимают сдержанность за безучастность, такая особенность характера специалиста может стать камнем преткновения. Прежде всего нужно помнить о процедурах соблюдения границ (подробнее об этом — в главе 10). В упомянутой ситуации с эмоционально сдержанным терапевтом ему следует быть откровенным относительно своего стиля проявления заинтересованности и участия. Во-вторых, терапевт должен помочь пациенту в интерпретации (и в идеале — в реальном принятии) других характеристик отношений, которые указывают на дружелюбие и расположение клинициста. Другими словами, терапевту следует компенсировать воздействие своей сдержанности за счет подчеркивания других позитивных аспектов отношений. Например, терапевт, который имеет такую сильную сторону, как надежность, может указать на нее как выражение заботы и расположения к пациенту. В-третьих, терапевт может выразить свое отношение к пациенту словами, например: "Мне нравится с вами работать", "Вы интересный человек", "С нетерпением жду следующей встречи", "Вы можете позвонить мне по телефону, и я с вами с удовольствием пообщаюсь" (если это действительно так).

Совладание с яростью по отношению к пациенту

Хорошо объяснять терапевту необходимость теплого участия, если пациент во время каждого психотерапевтического сеанса не выражает сомнений в компетентности, надежности и искренности специалиста; не донимает терапевта непрошеными телефонными звонками в любое время дня и ночи; не угрожает покончить с собой при малейшем просчете специалиста или когда терапевт занят другими заботами; не жалуется на терапевта всякому, кто согласен слушать (искажая факты); не передразнивает терапевта, повторяя его фразы; не отвечает долгим молчанием, когда терапевт говорит что-то не то; и в то же время позитивно реагирует на усилия терапевта добиться изменений к лучшему или хотя бы не допустить ухудшения. Но что если пациент демонстрирует все или один из видов упомянутого негативного поведения или еще худшего? При этом трудно не только проявлять теплое участие, но и удержаться от мести пациенту. Мне никогда не приходилось испытывать или наблюдать такую сильную ярость терапевтов, как при работе с пограничными пациентами. Эта ярость особенно интенсивна, когда пациенты выражают сильное страдание и у них не наблюдается признаков улучшения. Т. Мейн (*Main, 1957*) в трогательно эмпатическом анализе трудностей, переживаемых персоналом вследствие антагонистического дистресса, передал суть проблемы.

> При антагонистическом дистрессе — можно сказать, антагонистических пациентах — терапия демонстрирует тенденции переходить на крайности и все больше использоваться для служения и любви, и ненависти; для умерщвления, подавления и усмирения, как и для оживления... Никогда нет гарантии того, что терапевт, сталкивающийся с сильным и устойчивым дистрессом, устоит против использования интерпретаций с той же целью, с которой медсестры применяют успокоительные средства, — чтобы утешить себя, когда наступает отчаяние, и избавиться от собственного мучительного недуга двойственности и ненависти. Искушение скрыть от самих себя и от наших пациентов нарастающую ненависть неистовой добротой усиливается по мере нарастания нашего беспокойства. Возможно, нам следует регулярно напоминать себе о том, что слово "беспокойство" можно понимать по-разному, и о том, что если доставленное пациентом беспокойство действует на нас слишком жестко, нам трудно или невозможно сохранять беспристрастность.

Первый шаг при совладании с яростью — не зацикливаться на этом чувстве, позволить ему исчезать так же, как и появляться. Терапевт должен развить у себя такое отношение к собственным эмоциональным реакциям на пациента, включая ярость, чтобы воспринимать их так, как есть, — просто как реакции на пациента, которые появляются и исчезают. Хотя любая эмоциональная реакция может служить терапевту ключом к лучшему пониманию пациента и его трудностей, долго сохраняющаяся ярость будет препятствием к каким-либо улучшениям. Устойчивая или часто возникающая ярость обычно указывает на то, что поведение пациента каким-то образом затронуло определенные личные проблемы терапевта. В контексте групповой терапии и в учреждениях здравоохранения устойчивая ярость по отношению к пациентам может также указывать на существование институциональных проблем. В этой ситуации важны честный самоанализ и использование стратегий супервизии и консультирования терапевта (которые обсуждаются в главе 13). Показаны также индивидуальная супервизия или психотерапия и консультации вне данного учреждения.

Ярость всегда вытекает из какого-либо уничижительного суждения или утверждения модели "должен" относительно событий, вызывающих гнев. Индивид, который демонстрирует неприятное поведение, воспринимается как свободный, ответственный за свои поступки и способный (при желании) на лучшее поведение: "Ей не следовало так поступать", "Она мной манипулирует", "Она просто не хочет исправляться" и т.д. Биосоциальная теория ДПТ была разработана отчасти и для того, чтобы противостоять таким установкам. Второй шаг при совладании с яростью, таким образом, — постараться изменить точку зрения, воспринимая поведение пациента как результат биосоциальных факторов, которые пока еще не были изменены. Терапевт должен занять феноменологическую позицию и взглянуть на события с точки зрения пациента. В этом случае терапевт может совместить сразу обе точки зрения, терапевта и пациента, — "Моя реакция может быть только такой, какой она есть, учитывая историю моей жизни" (пациент) и "Ваша реакция, тем не менее, неприемлема и должна измениться" (терапевт), — чтобы обеспечить терапевтический прогресс. При работе с некоторыми пациентами мне приходилось применять такую тактику многократно в рамках одного взаимодействия. Терапевт должен обладать буквально неиссякаемым терпением, чтобы снова и снова повторять описанный выше процесс.

В-третьих, терапевту следует внимательно исследовать собственные границы в отношении поведения пациента и проверять их адекватное соблюдение и осведомленность пациента об этих границах. Процедуры соблюдения границ, описанные в главе 10, были разработаны в основном для того, чтобы умерить фрустрацию и ярость терапевта. Вряд ли будет какая-то польза от сообщения пациенту о своих границах, когда реакция ярости уже проявляется; однако когда терапевт успокоится, разговор на эту тему может быть полезен. К сожалению, при работе со многими пограничными пациентами терапевт должен расширять свои границы в течение некоторого времени, пока поведение пациентов не исправится. В этой ситуации важно помнить принципы формирования, или шейпинга (глава 10). Фактически одно напоминание себе об этих принципах может способствовать ослаблению гнева.

Наконец, важно помнить о том, что идеальный контроль и идеальная терапия просто невозможны. Нет ничего трагического в том, что терапевт иногда выходит из себя, ведет себя враждебно или проявляет гнев. Это не трагедия, если только терапевту удается эффективно восстанавливать отношения. Данная тема подробнее обсуждается в главе 15, поэтому я не буду на ней останавливаться. Однако полезно помнить о том, что непреходящее теплое участие нехарактерно для каких-либо отношений, какими бы позитивными они ни были.

Теплое участие и физический контакт в терапии

Проблема терапии пограничных пациентов заключается в том, что терапевт всегда может зайти слишком далеко — проявить *слишком* теплое участие и *чрезмерную* душевность по отношению к пациенту. Пытаясь избежать этого, некоторые терапевты впадают в другую крайность, устанавливая излишне большую дистанцию — как физическую, так и эмоциональную. Больше всего это касается физического контакта. Многие терапевты (особенно в наш век судебных тяжб) устанавливают правило: никогда, ни при каких обстоятельствах не касаться пациента. Однако физический контакт, при соответствующей потребности или просьбе индивида, может иметь благотворное влияние на него в любых отношениях, в том числе отношениях терапевта и пациента. Пациенты с ПРЛ часто просят о физическом контакте — например, чтобы терапевт обнял их. Если такой контакт уместен, нет причин отказывать пациенту в просьбе или отталкивать его из-за каких-то надуманных правил. Объятие на прощанье может особенно благотворно действовать на некоторых пациентов с ПРЛ, успокаивая их. Важность физического контакта в таких случаях, особенно по отношению к определенным пациентам, нельзя недооценивать. Даже когда психотерапевтический сеанс завершен должным образом, прощание дается многим пациентам очень трудно.

Мне кажется, проблема с физическим контактом заключается в том, что правила относительно прикосновений, объятий и т.д. довольно неопределенные, а наказание за их нарушение очень строгое. Было бы проще, если бы правила были четко оговорены. Итак, каковы правила ДПТ относительно физического контакта?

1. *Физический контакт не должен быть бездумным.* Терапевт должен иметь ясное представление о роли физического контакта в контексте психотерапевтических отношений с каждым отдельным пациентом. Отношение физического контакта к общему терапевтическому плану должно быть осознанным и четким, т.е. физический контакт должен быть обдуманным, а не стихийным.

2. *Физический контакт должен быть кратким.* Похлопывание пациентки по плечу, когда она идет к своему креслу в кабинете терапевта, краткое пожатие руки во время особо трудного для нее раскрытия и крепкое сжатие запястья или локтя пациентки во время утраты самоконтроля вполне уместны и могут иметь терапевтическое значение при определенных обстоятельствах.
3. *Физический контакт должен выражать существующие терапевтические отношения.* Физический контакт — это стратегия коммуникации; его нельзя использовать в качестве процедуры изменения. Поэтому физический контакт должен соответствовать уровню терапевтической близости специалиста и пациента. При близких отношениях физический контакт (например, объятие на прощанье) должен отражать текущее состояние отношений. Его нельзя использовать для перевода отношений в другое состояние. Например, если отношения напряжены, не следует использовать физический контакт для их нормализации. Физический контакт — например, объятие — отражает нечто уже достигнутое (для обеих сторон), это не средство нормализации. Массаж воротниковой зоны для расслабления собеседника в ДПТ неприемлем. Физический контакт — это также не процедура валидации, сопровождающая процедуру изменения. Удержание пациента во время психотерапевтического сеанса, даже во время особенно болезненного раскрытия, не относится к стратегиям ДПТ. Единственное исключение — те редкие ситуации, в которых физический контакт способствует или необходим для сдерживания либо контроля очень возбужденного пациента.

   Иногда пациент просит, чтобы терапевт обнял его на прощание или для утешения, а терапевт не чувствует достаточной близости в отношениях, чтобы комфортно воспринимать физический контакт. Это особенно касается новых пациентов и терапевтических отношений, характеризующихся враждебным отношением или отдаленностью пациента (пациенты-"мотыльки", о которых я рассказывала в главе 5). В таком случае взаимодействие должно быть направлено прежде всего на помощь пациенту, чтобы он научился определять, когда и какие просьбы и действия с его стороны уместны, и вел себя соответствующим образом.

   Если пациент настаивает на прощальном объятии, а физический контакт воспринимается терапевтом некомфортно, специалист должен проанализировать завершение психотерапевтических сеансов. Возможно, терапевт не дает пациенту достаточно времени для того, чтобы он смог успокоиться к концу встречи. (Эта тема будет обсуждаться в главе 14.) Если пациент вынужден покидать кабинет терапевта, когда он все еще эмоционально открыт и уязвим, объятие терапевта на прощание может быть особенно важным. Многие споры клиницистов и теоретиков относительно уместности физического контакта во время терапии возникают именно по этому поводу. Не следует игнорировать проблемы пациента, однако можно избежать объятий, должным образом завершая сеанс.
4. *Физический контакт должен соответствовать желаниям и удобству пациента.* Прежде чем обнять пациента или пожать ему руку, терапевт должен спросить у него разрешения. Не следует касаться пациента, который не хочет физического контакта. Терапевт должен следить за уровнем психологического комфорта пациента и действовать соответствующим образом. Не следует предполагать, что пациенту нравится или безразличен физический контакт просто потому, что он

не протестует. При этом следует обращать особое внимание на средства невербальной коммуникации.

5. *Физический контакт не должен нарушать личных границ терапевта.* Например. терапевт, который не относится к типу "обнимающихся", должен довести это до сведения пациента, не подразумевая при этом, что в желании физического контакта есть что-то принципиально патологическое или проблемное. Как я уже упоминала в главе 10, обучение соблюдению границ — важный социальный навык. Терапевт может чувствовать, что физический контакт с пациентом небезопасен (даже если нет никаких внешних признаков опасности), особенно если коллеги или друзья терапевта были привлечены к ответственности или утратили репутацию из-за сексуальной связи со своими пациентками. Такие опасения более характерны в отношениях мужчин и женщин, но могут возникать и при отношениях людей одного пола, особенно если одна из сторон имеет нетрадиционную сексуальную ориентацию. Терапевт может ограничить физический контакт (например, объятие на прощание) общественными местами — например, приемной. Очень полезным может быть обсуждение этических проблем физического контакта с пациентами.
6. *Физический контакт с сексуальным подтекстом абсолютно неприемлем.* Также неприемлемо ни при каких обстоятельствах выражать желание сексуальной близости касаниями, словами, тоном голоса или каким-либо другим образом, даже в вежливой форме. Пациенты с ПРЛ и их терапевты особенно склонны вступать в неприемлемые сексуальные отношения; риск, сопровождающий физический контакт, выше, чем при работе со многими другими категориями пациентов. Поэтому терапевту нужно вести себя очень осторожно. Он должен быть особенно внимателен к тому, как пациент может истолковать физический контакт с ним. Лучше всего прямо поговорить с пациентом о том, как он воспринимает объятие или похлопывание по плечу со стороны терапевта. Терапевт не должен просто предполагать, исходя из половой принадлежности и сексуальной ориентации пациента, что он не усматривает в физическом контакте сексуального подтекста.

   Если терапевт не может лишить физический контакт сексуальной окраски. следует вообще отказаться от физического контакта. Если терапевт испытывает сексуальное влечение к пациенту (стойкое, не мимолетное), я бы посоветовала не только избегать физического контакта, но и немедленно обратиться за помощью к консультативной группе по обсуждению клинических случаев. Главное при этом — не доверять себе и не полагаться на свои силы.
7. *Если неприемлемый физический контакт или прелюдия к половому контакту инициированы пациентом, терапевт должен его прекратить.* Такое поведение препятствует терапии и требует соответствующего отношения со стороны терапевта. Терапевт, кроме того, должен быть готов к анализу своего поведения на предмет обнаружения неумышленного поощрения или подкрепления подобного поведения пациента.
8. *Физический контакт не должен быть секретом от других людей.* Это не означает. что любой физический контакт с пациентами должен происходить на глазах окружающих. Это также не означает, что терапевт должен обсуждать физический контакт с пациентами со своими коллегами. Это просто означает, что не нужно.

например, скрывать, что терапевт на прощание обнял пациента. Данная тема должна периодически затрагиваться в беседах с супервизором или на встречах консультативной группы по обсуждению клинических случаев. Терапевт, который записывает свои сеансы на видео, не должен прятаться от камеры, обнимая на прощание пациента. Соблюдение этого правила помогает терапевту быть честным и защитить себя. Терапевтам, которые открыто обсуждают эту тему, будет легче избежать ошибок.

4. ИСКРЕННОСТЬ

Почти все опытные терапевты и школы психотерапии ценят искренность как важную характеристику специалиста, и ДПТ в этом случае не исключение. Пациенты с ПРЛ особенно часто требуют такой искренности от терапевта, которую трудно поддерживать на одном уровне. Такие пациенты могут реагировать на очень тонкие коммуникативные сигналы, и их терапевтам чрезвычайно трудно скрыть свою неискренность какой-либо ролью. Работа с пограничным пациентом — все равно что работа под контролем супервизора: любая искусственная реакция, неумелое терапевтическое вмешательство, непоследовательное замечание или попытка неправильного использования власти тут же подмечается и комментируется.

Пациенты с ПРЛ нередко выражают потребность в том, чтобы терапевт был "естественен". Часто двойственность смысла, обусловленная ролью терапевта, причиняет им дискомфорт. Можно ли верить, что терапевту действительно "не все равно", или же забота о пациенте связана с профессиональной ролью клинициста? Большинство других категорий пациентов терпимо относятся к искусственным границам и барьерам, навязанным терапевтической ролью; пациенты с ПРЛ переносят их плохо, отчасти потому, что их жизнь была полна условных правил, ограничений и отличий. Это не означает, что терапевт не должен создавать никаких преград и барьеров. Отсутствие барьеров также было бы искусственным. Искренние терапевтические отношения позволяют пациенту научиться тому, что даже в позитивных отношениях существуют естественные и искусственные границы и барьеры.

ДПТ подчеркивает, что терапия является реальными, а не трансферными отношениями. Вместо того чтобы исполнять роль зеркала, позволяющего пациенту разобраться с проблемами переноса, терапевт просто остается самим собой. Он строит с пациентом "реальные" отношения и помогает ему измениться в контексте этих отношений; смысл такого подхода заключается в том, что в контексте подобных искренних отношений происходит исцеление. Искренность терапевта выступает средством для обеспечения терапевтических процедур, вызывающих изменения. Она также обеспечивает пациенту направление реагирования, которому он следует или от которого отталкивается, чтобы улучшить свое межличностное поведение. Наконец, искренность терапевта обеспечивает психологическую близость и контакт, которые делают жизнь и терапевта, и пациента более полноценной. Эта способность оставаться самим собой описана следующим образом.

> У него нет притворства или наигранности; он не скрывает, какие чувства и установки живут в нем в настоящий момент. Это включает элемент самосознания; это означает, что чувства, которые терапевт испытывает, доступны для него, доступны для его сознания; и означает также, что он способен жить этими чувствами, испытывать их в отношениях с

людьми и быть в состоянии передавать их, если это уместно. Это означает, что он входит в непосредственный личный контакт со своим клиентом как личность с личностью. Это означает, что он *остается* собой, не отрицает себя (*Rogers & Truax, 1967, p. 101*).

Примерно в том же духе пишут об отношениях в когнитивной терапии Дж. Сафран и З. Сигал.

Однако в конце концов нельзя забывать, что все теоретические концепции и техники... — это просто средства; это средства, рассчитанные на помощь терапевту в преодолении препятствий к непосредственным отношениям "я–ты" с пациентом. Однако эти средства сами по себе могут стать препятствиями, если используются для избегания подлинных личных контактов, а не для содействия им. Как говорит старая дзэн-буддистская пословица, "*Хорошие инструменты в руках плохого человека становятся плохими*". Поэтому мудрый терапевт не спутает какое-нибудь средство изменения... с глубинной сущностью изменений.

Терапевты, которые позволяют концепциям заслонять собой реальность того, что на самом деле происходит для пациента в данный момент, относятся к пациенту как объекту — или, по выражению Бубера*, осмысливают пациента не как "*Ты*", а как "*Оно*". Терапевты, скрывающиеся в безопасном убежище концептуальных систем, приведенных здесь, вместо того чтобы рисковать, идя на подлинный личный контакт, способный привести к выходу терапевтов за пределы всех ролей и предубеждений относительно того, какими они должны быть, исключают возможность того самого опыта человеческих отношений, который будет целительным для их пациентов (*Safran & Segal, 1990, p. 249-250*).

Самая важная характеристика искренности — естественное, свободное от ролей, адекватное поведение, которое противостоит поведению искусственному, подчиненному определенной роли. В ДПТ терапевт не слишком акцентирует свою роль; его реакции определяются скорее эффективностью и естественными границами, чем произвольными правилами роли. Подобная естественность может быть довольно трудной для воспитанников школ психотерапии, которые делают упор на жестких границах и "профессиональном" поведении. Как и в случае соблюдения границ, в ДПТ нет определенного свода правил, определяющих, какое поведение терапевта следует считать естественным. Каждый терапевт должен присмотреться к себе и выяснить собственный стиль.

Необходимость в уязвимости терапевта

Некоторые терапевтические школы воспринимают как должное, что уровни уязвимости и самораскрытия пациентов и терапевтов не только отличаются, но и *должны* быть разными. В этих школах отношения пациентов и терапевтов подобны любым другим отношениям с очень неравномерным распределением власти. Отличительный критерий таких отношений состоит в том, что одна из сторон (наделенная меньшей властью) более уязвима. Однако, как я уже упоминала, индивиды с ПРЛ очень чувствительно воспринимают неравномерность распределения

---

* Бубер, Мартин (1878–1965) — еврейский религиозный философ, профессор в Иерусалиме с 1938 года. Представитель хасидизма: в духе этого учения пытался дать толкование сущности характера еврейского народа и его истории. — *Примеч. ред.*

власти в отношениях. Зачастую они ненавидят псевдородительское отношение со стороны многих терапевтов, вполне справедливо утверждая, что они уже не дети. Пациенты с ПРЛ интересуются, почему они более уязвимы, чем терапевты. ДПТ не базируется на медицинской модели болезни и активно противодействует модели псевдородительского отношения к пациентам. Модель отношений ДПТ ближе всего к феминистической терапии, цель которой — "уполномочить" пациентов. Тем не менее даже в ДПТ уязвимость и реципрокность распределяются между пациентом и клиницистом неравномерно. Отсюда следующий актуальный вопрос: как должен реагировать терапевт, когда пациент настаивает на том, что обоюдные уязвимость и раскрытие будут способствовать лечению, а не препятствовать ему? Как сказала одна из пациенток моего коллеги, "чем меньше вы действуете в качестве терапевта, тем больше помогаете".

На поставленный вопрос не может быть однозначного ответа. Парадоксально, но в ДПТ каждый ответ привязан к желанию терапевта в терапевтических отношениях оставаться самим собой, а не играть роль. Это желание в свою очередь зависит от личных границ терапевта, определенных характеристик пациента и влияния уязвимости терапевта на его способность к проведению эффективной терапии.

Границы терапевта в отношении уязвимости

Основная причина того, почему уровни уязвимости и самораскрытия пациента и терапевта не равны, заключается в том, что терапевт не может иметь равную с пациентом уязвимость. У каждого человека существует свой допустимый предел уязвимости и открытости, и ни один индивид не бывает полностью уязвимым и открытым в каких-либо отношениях. Никто не смог бы вынести такого положения. Большинство из нас открыты и уязвимы для одного-двух человек, самое большее — трех-четырех (обычно членов семьи). Люди, у которых нет семьи, как правило, имеют одного или двух близких друзей, которым они открываются. В целом люди не могут быть уязвимы в равной мере со всеми. Если бы терапевты были абсолютно открыты и уязвимы для всех пациентов, они вряд ли смогли бы работать.

Когда терапевт вынуждает пациента занять позицию уязвимости и самораскрытия для терапии, эти отношения не будут искренними. В таком случае обоснованны жалобы пациентов на то, что забота специалиста — это просто одно из проявлений профессиональной роли. Хотя пациент может требовать взаимной уязвимости, подобные требования или ожидания нереалистичны. Действительно равные и искренние отношения самораскрытия могут иметь место только при соответствующем желании и способности специалиста. Не обязательно придумывать правила или объяснять, почему обоюдное раскрытие и уязвимость были бы вредны для пациента, даже если они действительно были бы вредны. Не обязательно убеждать пациента в том, что неспособность или нежелание терапевта строить общение с пациентом так, как тому этого хочется, отвечает его собственным интересам. Не стоит также предполагать, что в желаниях и потребностях пациента в равенстве есть что-то патологическое. Что требуется, так это честность со стороны терапевта. Говоря о реципрокной коммуникации, я не имею в виду, что терапевт должен раскрывать пациенту всю свою жизнь или доводить до его сведения каждую свою реакцию. Я говорю об открытости в данный момент времени, открытости для данного момента.

Характеристики пациента, ограничивающие уязвимость

В ДПТ терапевт не создает межличностных границ или барьеров. Это не означает, однако, что между пациентом и терапевтом не существует никаких барьеров или границ; это значит, что их целенаправленное создание не является составляющей частью терапии. Соблюдение границ включает осознание таких барьеров и границ, в том числе границ уязвимости и самораскрытия.

Некоторые характеристики пациентов и паттернов поведения могут создать барьеры для психологической близости и взаимности. Пациенты с ПРЛ довольно часто нарушают или требуют близости и уязвимости от других людей, включая терапевтов. В таком случае человек, уязвимость которого испытывается на прочность пациентом или которому предъявляются соответствующие требования, отстраняется и создает барьеры. Это естественная реакция. Трудно сохранять естественность с человеком, который угрожает самоубийством, когда его что-то не устраивает. Трудно поддерживать психологическую близость с человеком, который относится к вам то как к другу, то как к врагу. Реципрокная коммуникация требует наблюдения за такими барьерами и причинами их возникновения. Терапевт обсуждает существующие границы и барьеры с пациентом, а также роль пациента в их создании.

Иногда пациент и терапевт просто не подходят друг другу. Различия в личностных качествах и коммуникативных стилях, классовой и половой принадлежности, религиозных убеждениях, политических пристрастиях, образовании или возрасте могут снизить психологический комфорт терапевта, а также пользу самораскрытия. Реципрокная коммуникация состоит не в разрушении барьеров, а в открытом признании их существования. Наличие культурных и стилистических барьеров, по разным причинам возникающих между людьми, — естественное явление. Терапевтическая ценность этого явления для пациента состоит в том, что он узнает о существовании естественных границ и преград в неморализаторском, некритическом контексте. Если у пациента сформируется представление о том, что барьеров в отношениях не существует, это не пойдет ему на пользу. Барьеры существуют, и в интересах пациента воспринимать мир таким, каков он есть.

Диалектико-поведенческие терапевты должны быть открыты тому факту, что многие школы психотерапии отстаивают возведение барьеров между пациентами и специалистами. Большинство терапевтов были воспитаны именно в таком духе. Поэтому диалектико-поведенческие терапевты должны постоянно проверять себя и анализировать, какие из существующих границ и барьеров естественны, а какие созданы произвольно, и работать над устранением искусственных барьеров и признанием естественных.

Ограничения эффективной терапии

Степень уязвимости и самораскрытия терапевта также должна определяться размежеванием эффективной и неэффективной терапии. Может быть два источника границ: предыдущий опыт терапевта относительно уязвимости и раскрытия, а также сосредоточение ДПТ на пациенте. Что касается первого источника, ДПТ требует от терапевта труднодостижимого баланса между личным опытом общения с разными пациентами, с одной стороны, и осознанием и должным отношением к индивидуальности данного пациента — с другой. Что эффективно при работе с

одним пациентом, может оказаться неэффективным с другим. Что было эффективным когда-то, может стать неэффективным в будущем. Некоторые пациенты нормально чувствуют себя в контексте близких отношений, другие могут бояться близости и предпочитают держать дистанцию. Как и в случае применения других стратегий, ничто не может заменить постоянной оценки.

Во-вторых, направленность терапии в ДПТ должна удерживаться на пациенте. Терапевтам следует соблюдать осторожность и не говорить о собственных чувствах или своей жизни таким образом, чтобы направленность смещалась на них самих. Подобное смещение может быть особенно заманчивым при работе с пограничными пациентами, которые часто критикуют неравенство и зависимость норм от ролей, присущих терапии. Зачастую такое желание большей психологической близости, их желание стимулировать и подкреплять самораскрытие терапевта, а также их тенденция наказывать межличностную отстраненность создают почву для опасного выхода специалиста за пределы терапевтических отношений. Дискомфортное самоощущение индивида с ПРЛ в роли пациента иногда приводит к полной смене ролей, в результате чего пациентом становится терапевт. В других случаях роли меняются лишь частично, и тогда пациент и терапевт утешают и поддерживают друг друга. Хотя смена ролей или взаимная поддержка могут быть и позитивными для пациента, по некоторым причинам такие отношения будут все-таки проблемными. Прежде всего, ни один из двух упомянутых типов отношений (обусловленных полным или частичным изменением ролей) не запланирован в терапевтическом контракте, что означает его нарушение. При упомянутом изменении ролей пациенту трудно найти повод для жалоб, даже если он нуждается в большем внимании терапевта к его проблемам. Кроме того, жизненная история или проблемы терапевта могут быть обременительными для пациента. Самораскрытие в ДПТ должно применяться стратегически, т.е. в контексте терапевтического плана.

СТРАТЕГИИ НЕГАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Стратегии негативной коммуникации используются для того, чтобы, образно выражаясь, "выбить пациента из наезженной колеи". Основной смысл этих стратегий — вывести пациента из состояния равновесия, чтобы он смог нащупать новую точку равновесия. Негативная коммуникация используется, чтобы 1) привлечь внимание пациента, 2) сместить аффективные реакции пациента и 3) подвести пациента к новой точке зрения. Эти стратегии используются, когда пациент либо пациент и терапевт "увязают" в дисфункциональных эмоциональных и поведенческих паттернах, а также паттернах мышления. Этот подход довольно необычен.

Негативная коммуникация дает пациенту понять, что любые представления или идеи как терапевта, так и пациента могут подвергаться сомнениям, анализу и изменениям. С помощью логики сплетается паутина, из которой пациент не сможет выбраться. Чтобы быть эффективной, негативная коммуникация должна соответствовать двум требованиям: 1) исходить "изнутри", т.е. быть искренней, и 2) основываться на краеугольном камне сочувствия, заботы и доброты. В противном случае возможно злоупотребление негативной коммуникацией, когда она применяется вне контекста. Негативная коммуникация уравновешивает реципрокную коммуникацию.

Негативная коммуникация трудно поддается определению или объяснению с поведенческой точки зрения. Гораздо легче понять ее суть из примеров или при непосредственном наблюдении. Во многих случаях такая стратегия требует бесстрастного, почти сухого стиля: терапевт выявляет глубинные допущения, которыми руководствуется пациент, и максимизирует или минимизирует их, не проявляя при этом эмоций (подобно тем комикам, которые всегда шутят с серьезным видом). Это делается для того, чтобы пациенты задумались или обратили внимание на то, на что прежде не обращали внимания. И наоборот, если поведение пациента серьезно или бесстрастно, эффективность достигается за счет сильной эмоциональности или радикальных утверждений. Сухой или эмоциональный, стиль терапевта при негативной коммуникации всегда выступает резкой противоположностью теплому участию реципрокной коммуникации [1]. Конкретные стратегии негативной коммуникации обсуждаются в следующих разделах и кратко обобщаются в табл. 12.2.

Таблица 12.2. Стратегии негативной коммуникации

Терапевт говорит о неадаптивном поведении серьезным тоном.

Терапевт плетет логическую "паутину", чтобы "подловить" пациента.

Терапевт использует сухой или чрезвычайно эмоциональный стиль в противоположность стилю пациента.

Терапевт использует диалектические стратегии в негативном стиле:

- вхождение в парадокс;
- техника "адвоката дьявола";
- техника "продления";
- допущение изменений;
- обращение недостатков в достоинства.

Терапевт в серьезной манере проводит РЕФРЕЙМИНГ коммуникации пациента с непривычным результатом или подчеркивает неожиданный аспект коммуникации пациента.

ПРЯМОЕ И ОТКРОВЕННОЕ обсуждение деликатных и болезненных вопросов:

- терапевт применяет прямолинейный, непосредственный и прозрачный стиль; называет вещи своими именами;
- терапевт использует юмор;
- терапевт серьезно и будничо говорит о дисфункциональном поведении;
- терапевт сопровождает негативную коммуникацию валидацией.

ПРЯМАЯ КОНФРОНТАЦИЯ с дисфункциональным поведением:

- терапевт не принимает реакции, которые не относятся к целевому адаптивному поведению пациента;
- терапевт блокирует бегство пациента в отвлекающую дисфункциональную травму.

ПОДЫГРЫВАНИЕ пациенту.

МОДУЛИРОВАНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ эмоций, тона голоса и положения тела; использование МОЛЧАНИЯ как реакции на поведение пациента.

Претензии терапевта на ВСЕМОГУЩЕСТВО или признание собственного БЕССИЛИЯ, как того требует ситуация.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт использует негативную коммуникацию вследствие своего недоброжелательного отношения к пациенту;
- терапевт использует негативную коммуникацию, не осознавая ее воздействия на пациента;
- терапевт использует негативную коммуникацию в неестественной или жесткой манере.

Диалектические стратегии и негативизм

Многие диалектические стратегии (если не большинство), описанные в главе 7, имеют оттенок негативизма. Их успех часто зависит от представления терапевтом парадоксальных или нетрадиционных позиций и точек зрения как правдоподобных и разумных. Вхождение в парадокс, техника "адвоката дьявола", "продление", допущение изменений и обращение недостатков в достоинства эффективны лишь в том случае, если терапевт представляет их пациенту уверенно и серьезно, как нечто очевидное, само собой разумеющееся. Терапевт как бы убеждает пациента: "Ну конечно же, это так!", демонстрируя при этом легкое недоумение от того, что пациент сразу же не воспринял его мысль или точку зрения. Например, при использовании техники "продления" терапевт производит рефрейминг позиции пациента, выражая при этом свое удивление: "Как вы можете думать, что я буду заниматься вашей депрессией из-за потери работы, если вы собираетесь наложить на себя руки? Конечно же, мы должны прежде всего заняться вашими суицидальными мыслями! Если вы покончите с собой, вам не поможет никакая работа, даже самая лучшая!" При допущении изменений терапевт на вопрос пациента "На прошлой неделе вы сказали, что у меня есть все необходимые навыки, а сейчас говорите, что у меня этих навыков нет?" отвечает просто: "Правильно". Затем он продолжает говорить о своем, давая пациенту возможность достичь диалектического синтеза противоречий. Или же резко меняет технику или стратегию — без предупреждения, объяснения или извинения. Если пациент спрашивает: "Вы опять изменили ход терапии?", терапевт отвечает: "Да" — и спокойно продолжает сеанс.

1. НЕТРАДИЦИОННЫЙ РЕФРЕЙМИНГ

Негативный ответ почти всегда застает пациента врасплох. Хотя негативная коммуникация преследует цель общения с пациентом, она никогда не ориентируется на его ожидания (и, возможно, непосредственные желания). Терапевт необычным образом перефразирует слова пациента или заостряет внимание на неожиданном аспекте коммуникации. Например, когда пациент говорит, что покончит с собой, терапевт может ответить: "По-моему, мы договорились о том, что вы не станете бросать терапию".

Одна из моих пациенток безуспешно пыталась удержаться на нескольких работах. Как-то раз, полагая, что на следующей неделе ее снова могут уволить (имея на то все основания), она пыталась убедить меня, что такие неудачи — достаточная причина для самоубийства. Пациентка намекнула, что мне этого не понять, потому что сама я, по ее словам, никогда не знала поражений. В разгар очень напряженной и эмоциональной беседы я серьезно сказала: "И все же я понимаю. Мне самой очень часто приходится переживать подобный стресс. Вы не можете себе представить, насколько это трудно — работать с пациентом, который все время угрожает покончить с собой. Так что мне, как и вам, тоже грозит увольнение". При обдуманном применении негативная коммуникация способствует решению проблем, не подкрепляя при этом суицидального поведения.

2. ОТКРОВЕННОСТЬ — НЕ ПОРОК?

Индивиды с ПРЛ часто характеризуются прямотой и напористостью в межличностных отношениях. Как я уже говорила, они не владеют искусством социальной манипуляции. Очень часто они более успешно общаются с людьми с подобным коммуникативным стилем, которые выражают свои мысли и позиции четко и прямолинейно. Такой стиль — одна из составляющих негативной коммуникации. ДПТ предполагает, что пациентам с ПРЛ одновременно присуща хрупкость и "нехрупкость". Негативная коммуникация ориентирована на "нехрупкие" аспекты. Она предполагает, что ожидание подходящего момента для "интерпретаций" или гипотез не всегда имеет существенное значение. Стиль терапевта — прямота, прозрачность, конкретность, объективность и открытость. Терапевт называет все своими именами; он прямо говорит о том, о чем обычно умалчивают. Для этого стиля также характерны юмор, некоторая внешняя наивность и бесхитростность. Причины подобного поведения терапевта точно такие же, как причины поведения пожарного, который хватает заточенного в горящей комнате человека и, не церемонясь, швыряет его из окна на спасательную сетку; или спасателя на водоеме, который непочтительно ловит тонущую жертву за волосы и тащит к берегу. Когда боль нестерпима, нельзя терять времени. Терапевт выигрывает время, выбирая кратчайший путь.

Дисфункциональные попытки решения проблем и другие болезненные темы, включая суицидальное поведение, препятствующее терапии поведение и прочие виды поведения избегания, принимаются как нормальные последствия личной истории научения. Терапевт не уходит от их обсуждения, не пытается проявлять деликатность, а приступает к ним хладнокровно и решительно. Суицидальная идеация, суицидальные угрозы и парасуицид обсуждаются так же, как и любое другое поведение. Открыто признается (хотя и не поощряется) вероятность того, что пациент может действительно покончить с собой. Обычно такое будничное отношение к проблемным видам поведения удивляет пациента, потому что общество обычно реагировало на них довольно остро. Будничное отношение несколько снимает напряженность обсуждаемой темы и снижает обычно высокий накал эмоций. Смысл этой стратегии в том, что терапевту следует продвигаться вперед достаточно быстро, чтобы увлечь пациента за собой. Общий принцип — терапевт должен реагировать на суицидальное поведение внешне легко и буднично и в то же время относиться к такому поведению с полной серьезностью.

Наконец, негативная коммуникация должна сопровождаться валидацией. Поэтому, если терапевт говорит пациенту, что ему нельзя кончать жизнь самоубийством, потому что это помешает терапии, такое утверждение должно непосредственно сопровождаться словами о том, что пациент, должно быть, чувствует себя ужасно несчастным, потерял всякую надежду и т.п. Стратегии негативной коммуникации не следует путать с эмоциональной холодностью. Драматизм и эмоциональная выразительность приветствуются.

3. ПРЯМАЯ КОНФРОНТАЦИЯ

При применении негативной коммуникации терапевт встречает дисфункциональное поведение непосредственной конфронтацией, иногда довольно жесткой: "Вы опять городите чепуху", "Вы в своем уме?", "Неужели вы действительно думаете

что я соглашусь с этой идеей?". Терапевт встречает конфронтацией все виды реакций, кроме целевого адаптивного поведения. Он может использовать негативную коммуникацию также для того, чтобы не допустить уход пациента в отвлекающие дисфункциональные проблемы. Например, когда пациент реагирует на болезненные темы, пытаясь перевести разговор на другие проблемы или отвлеченные темы, терапевт может сказать: "Вы хотите, чтобы я помог вам с вашими насущными проблемами?" или "Нет, только не это! Опять пустая болтовня". Как видно из этих примеров, конфронтация требует очень прочных позитивных отношений с пациентом. Она также должна сопровождаться валидацией.

4. ПОДЫГРЫВАНИЕ ПАЦИЕНТУ

При негативной коммуникации терапевт может подыгрывать пациенту. Например, если пациент говорит: "Я хочу уйти от вас к другому специалисту", терапевт спрашивает его: "Дать вам направление?" Диалектическая стратегия "продления" — более серьезное и буквальное восприятие пациента, чем он сам того хотел бы — тоже пример подыгрывания терапевта пациенту. Самое главное при этом — правильный выбор времени и обеспечение "страховочной сетки". Терапевт с мягким характером, подыгрывая пациенту, сразу же обеспечивает страховку; жесткий, нечувствительный, агрессивный терапевт о страховке забывает.

5. ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ И МОЛЧАНИЕ

Намеренное изменение интенсивности эмоций, тона голоса и положения тела могут служить целям негативной коммуникации как противовес эмоциональности пациента. При этом терапевт быстро переходит от высокой интенсивности к расслабленному спокойствию и обратно, от полной серьезности к юмору и наоборот. Негативная коммуникация по сути подразумевает такие колебания, а также несоответствие воспринимаемого настроения пациента и эмоционального состояния терапевта.

Молчание также может использоваться для эскалации или ослабления эмоциональности, увеличения или сокращения дистанции с пациентом. Например, терапевт может пытаться добиться от пациента принятия обязательств, изменения аффекта, отказа от неразумной позиции. После спора с пациентом терапевт может использовать молчание для конфронтации с ним и для того, чтобы образовать "вакуум инициативы", который пациент может заполнить. Терапевт не говорит, не улыбается, не делает никаких движений, а просто не отрываясь смотрит на пациента, в пространство или на какой-нибудь предмет. Терапевт ожидает от пациента целевой реакции (например, определенной эмоции, обязательств, "разумных" комментариев). Затем терапевт отвечает.

6. ВЫРАЖЕНИЕ СВОЕГО ВСЕМОГУЩЕСТВА И БЕССИЛИЯ

Иногда очень эффективным приемом негативной коммуникации оказывается притворная позиция всемогущества, которая предполагает, что только работая с терапевтом или выполняя его указания, пациент добьется улучшений. Например, терапевт может сказать пациенту: "Проблема суицида в том, что если вы погибнете, то

не сможете попросить меня о помощи". Или, если пациент спрашивает: "Откуда вы знаете, что у меня есть "мудрый разум"?", терапевт отвечает: "Откуда? Поверьте мне на слово. Уж я-то разбираюсь в этих вещах". Противоположная тактика — признание своего бессилия терапевтом — настолько же эффективна. Например, в ответ на препятствующее терапии поведение пациента терапевт говорит: "Ваша взяла. Наверное, наша терапевтическая программа в вашем случае бессильна". Или при обсуждении терапевтических отношений специалист заявляет: "Вы можете меня обхитрить, если захотите. Это совсем нетрудно. Достаточно не говорить мне правды". Когда пациент в очередной раз жалуется на поведение терапевта или собственное безнадежное состояние, терапевт может ответить: "Возможно, вам требуется более компетентный специалист, чем я". В этих примерах просматривается некий элемент подыгрывания пациенту. Подобно тому, как в куче пустой породы можно найти золотой самородок, комментарии терапевта должны включать элемент правды. Негативная коммуникация не может заменить искренность.

Заключение

Реципрокная и негативная коммуникация должны сливаться в единый стилистический поток. Одностороннее или несбалансированное использование этих стратегий не соответствует принципам ДПТ. Реципрокная коммуникация сама по себе слишком "приторна"; негативная, если ничем не уравновешена, может стать слишком "горькой". Терапевт с мягким характером или комплексом вины может злоупотреблять реципрокной коммуникацией, терапевт заносчивый и агрессивный может злоупотреблять негативной коммуникацией. В ДПТ эти два стиля должны уравновешивать друг друга. К сожалению, нет точных правил относительно того, как добиться необходимого баланса. Хотя диалектическая теория может указать вам направление, только практика и определенная доля уверенности в себе способны дать то быстрое продвижение и равновесие, которого требует коммуникация в ДПТ. Выбор времени при переходе от стиля к стилю должен основываться на том, что происходит в терапии "здесь и сейчас". Вы должны внимательно следить одновременно за тем, что происходит, и за тем, что необходимо, где вы сейчас находитесь и в каком направлении движетесь.

Негативная коммуникация обычно более рискованна при краткосрочном применении. Могут возникнуть конфликты — зачастую именно тогда, когда вы их меньше всего ожидаете. В других случаях негативная коммуникация может способствовать терапевтическому "прорыву" после длительного периода застоя. Реципрокная коммуникация, хотя обычно более безопасна при краткосрочном применении, может быть рискованной при долгосрочном применении. Подобно валидации, не сопровождающейся изменениями, она может не принести пользы пациенту в выходе из проблемной ситуации. Точно так же, как валидация уравновешивается стратегией изменений, негативная коммуникация должна уравновешиваться реципрокной. Во время одних сеансов будет преобладать негативная, во время других — реципрокная коммуникация. Подобно любым другим навыкам (включая те из них, которым вы обучаете пациента), мастерство подразумевает верный расчет времени. А этому можно научиться только путем практики.

Примечания

1. Стиль негативной коммуникации в ДПТ очень близок к стилю Карла Уитакера (описание этого стиля можно найти в: *Whitaker, Felder, Malone, & Warkentin, 1962/1982*; общему знакомству с работами К. Уитакера поможет работа Дж. Нилла и Д. Нискерна (*Neill & Kniskern, 1982*)). Стиль Уитакера, по крайней мере в том виде, в котором он представлен в литературе, гораздо интенсивнее, чем в ДПТ. Этот стиль напоминает также использование некоторыми терапевтами метода парадоксальной интенции (автором этого метода является Виктор Франкл. В русском переводе *см.* Франкл В. *Человек в поисках смысла:* Сборник: Пер. с англ. и нем. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с. — *Примеч. ред.*).

13

Стратегии индивидуального управления

Стратегии индивидуального управления относятся к тому, как клиницист реагирует на окружение вне отношений "терапевт–пациент" и взаимодействует с ним. Эти стратегии обращены на реакции терапевта на других специалистов (включая других консультантов своего пациента, а также консультантов самого терапевта), членов семьи и других значимых для пациента людей, а также других индивидов, формирующих повседневные средовые требования к пациенту. Стратегии индивидуального управления не подразумевают каких-либо принципиально новых терапевтических подходов. Наоборот, они включают принципы применения диалектических стратегий, стратегий валидации и стратегий решения задач к проблемам индивидуального управления. Различают три комплекса стратегий индивидуального управления, которые уравновешивают друг друга: стратегии консультирования пациента, стратегии средовых интервенций и стратегии супервизии и консультирования терапевта.

Индивидуальное управление подразумевает помощь пациенту в управлении своим физическим и социальным окружением с целью общего улучшения функционирования жизни и благополучия, стимуляции продвижения к жизненным целям и ускорения терапевтического прогресса. Таким образом, когда проблемы или средовые барьеры препятствуют функционированию или прогрессу пациента, терапевт прибегает к стратегиям индивидуального управления. При работе с пограничными пациентами проблемы часто возникают тогда, когда другие специалисты или учреждения проводят поддерживающее или психологическое лечение пациента. Терапевт как индивидуальный "управляющий" помогает пациенту во взаимодействии с другими специалистами и учреждениями, а также в разрешении проблем выживания в окружающем пациента мире.

В связи с ролью индивидуального "управляющего" на первый план выходят проблемы соотношения автономности и зависимости, свободы и безопасности,

контроля и беспомощности. В целом в традиционном индивидуальном управлении (и в стратегиях средовых интервенций ДПТ) делается упор на вмешательстве терапевта в окружение пациента. В этом смысле индивидуальный "управляющий" функционирует как системный координатор и посредник. ДПТ акцентирует подготовку пациента к тому, чтобы он мог быть индивидуальным "управляющим" для самого себя (стратегии консультирования пациента). Поэтому консультирование пациента — ведущая форма индивидуального управления, при необходимости уравновешенная традиционными стратегиями, ориентированными на вмешательство. Стратегии средовых интервенций используются в том случае, когда стратегии консультирования пациента, ввиду определенных характеристик среды или способностей самого пациента, неэффективны или неприемлемы.

С точки зрения отношений с терапевтом стратегии индивидуального управления относятся к помощи терапевту в умелом и эффективном применении протокола ДПТ. Супервизия и консультирование в ДПТ рассчитаны на то, чтобы, образно говоря, удерживать терапевта в рамках ДПТ независимо от того, каким сильным может быть соблазн выйти за эти рамки. В условиях, когда помощь пациенту оказывают несколько специалистов или учреждений, для координации и обмена информацией собирается группа супервизии и консультирования. Эта группа обеспечивает функционирование терапевтического коллектива, в контексте которого проходит лечение, и уравновешивает действия терапевта в его взаимодействии с пациентом.

Выражаясь обычным языком, стратегии средовых интервенций включают заботу о пациенте, передачу информации о пациенте в его интересах другим лицам, советы другим специалистам относительно терапии пациента и средовые интервенции для достижения изменений. Стратегии консультирования пациента включают помощь пациенту для того, чтобы он смог выполнять те же задачи самостоятельно — заботился о себе, передавал информацию о себе другим специалистам в собственных интересах, рассказывал о своих потребностях и вносил изменения в свое окружение. Стратегии супервизии и консультирования терапевта включают обмен информацией о пациентах, совместной терапией которых занимаются специалисты, помогая друг другу, давая друг другу советы относительно планирования терапии и консультируясь друг с другом по поводу благотворных изменений в терапевтической среде.

В каждом комплексе стратегий большое значение имеет координация различных форм и условий терапии и связей между разными специалистами. В рамках каждого комплекса стратегий приветствуется и поощряется привлечение семьи и социальной среды к терапевтической работе. Для каждого комплекса стратегий первостепенными остаются соображения безопасности, благополучия и долгосрочного прогресса пациента. Отличаются лишь способы достижения этих целей в каждом случае.

Чрезвычайно важно помнить о сути стратегий индивидуального управления — обучении пациента тому, как эффективно управлять своей собственной жизнью (включая социальные и терапевтические контакты) в окружении, которое не обязательно будет опасным или враждебным. Решения относительно того, как терапевт должен взаимодействовать с другими специалистами, определяются скорее духом чем буквой. Особенно трудно заранее определить все возможные трудности в тех ситуациях, в которых они могут возникнуть. Важная функция стратегий суперви-

зии и консультирования терапевта — способствовать ему в уравновешивании двух других комплексов стратегий в каждой отдельной ситуации.

СТРАТЕГИИ СРЕДОВОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Хотя главная цель ДПТ заключается в том, чтобы вовлечь пациента в активное разрешение собственных проблем (основание стратегий консультирования пациента), иногда проблема настолько сложна или возможности пациента изменить своими силами окружение настолько ограничены, что необходимо вмешательство терапевта. Стратегии средовых интервенций заменяют стратегии консультирования пациента в том случае, когда 1) важен прежде всего результат и 2) пациент явно не способен достичь результата. "Важен" в данном контексте означает прежде всего избежание значительного вреда для пациента. Стратегии средовых интервенций также могут быть необходимы в том случае, когда окружение обладает чрезмерно большой властью над пациентом. В таком случае терапевт может вмешаться, чтобы уравновесить распределение власти.

ДПТ требует, чтобы прямые или односторонние интервенции терапевта были сведены к абсолютному минимуму, достаточному для благополучия пациентов. Терапевт вмешивается *только* в том случае, когда вред для пациента от невмешательства терапевта превосходит вред (кратковременный или долговременный) от его вмешательства. Более того, когда терапевт не производит активного вмешательства, степень односторонней интервенции должна быть минимальной. Поэтому, когда терапевт консультируется с другими специалистами или членами семьи, пациент не только должен присутствовать, но и должен поощряться к активному участию в консультации. Если пациент не может присутствовать лично, а вмешательство абсолютно необходимо, следует как можно скорее предоставить ему полный отчет о проведенной интервенции. Само собой разумеется, что пациента следует информировать о предстоящих интервенциях, если это возможно. Пациент *должен* предоставлять свое информированное согласие перед проведением интервенции, если только речь не идет о таких кризисных ситуациях, как суицидальный риск, возможность серьезного членовредительства или физического насилия над другими людьми.

Индивидуальное управление и соблюдение границ

При некоторых формах терапии пациентом обычно занимаются и индивидуальный "управляющий", и терапевт. В таких условиях бо́льшая часть средовых интервенций может и должна проводиться именно индивидуальным "управляющим", а не другим специалистом из терапевтического коллектива. Если серьезная помощь такого рода требуется в других условиях, терапевт может обсудить с пациентом возможность привлечения индивидуального "управляющего". Если индивидуальный "управляющий" уже приписан к данному пациенту, роль других терапевтов, включая основного, заключается в содействии пациенту в должном использовании услуг индивидуального "управляющего". Хотя ДПТ допускает выполнение индивидуальным терапевтом обязанностей, традиционно ассоциирующихся с индивидуальным управлением, его возможности будут определяться личными границами в отношении своего времени и энергии.

Факторы, обусловливающие средовую интервенцию

Интервенция при неспособности пациента к самостоятельным действиям и при важности результата

Зачастую пациент неспособен действовать в своих собственных интересах, даже когда он хорошо подготовлен. Примером может быть пациент в преходящем психотическом состоянии или в бессознательном состоянии, вызванном передозировкой. Или проблемная ситуация может требовать так много видов нового поведения, что принципы формирования (шейпинга) требуют как действий пациента, так и вмешательства терапевта. Девочка-подросток, которая проходила нашу программу, прогрессировала очень медленно, но поступательно. Неожиданно ей предъявили очень унизительное обвинение в преступлении, которое, насколько мы могли судить, она не совершала. Когда приемные родители девочки, от которых она зависела, поверили обвинению и потребовали ее ухода, у нее стали наблюдаться деперсонализация, диссоциация и выраженное суицидальное поведение. Обычно в таких ситуациях она наносила себе порезы — настолько сильные, что нужно было накладывать до сотни швов. Пациентка согласилась на госпитализацию, чтобы не подвергать опасности свою жизнь, но была в глубоком психологическом шоке. Чтобы удостовериться, что госпитализация будет проведена вовремя, терапевт связался непосредственно с координатором клиники, который занимался приемом пациентов, и предоставил ему необходимую информацию. Предполагалось, что пациентка пройдет стационарное лечение для снятия кризиса; за время лечения нужно было найти и новую семью, которая бы приняла девочку. Однако после приема на лечение пациентка замкнулась и не общалась с персоналом, который не знал о событиях, вызвавших кризис. Работники клиники были в замешательстве — они не знали. как помочь пациентке. Вмешался терапевт пациентки. Он позвонил и проконсультировал работников клиники относительно истории пациентки (с ее позволения. но без ее присутствия). Терапевт продолжал поддерживать связь с лечащим персоналом клиники по телефону до тех пор, пока пациентка не смогла действовать в собственных интересах.

Зачастую пациент поступает в реанимацию в коматозном или в другом опасном для жизни состоянии. Информация о состоянии здоровья пациента и принимаемых им медикаментах в таких ситуациях может иметь решающее значение. Терапевт предоставляет эту информацию, если пациент не может этого сделать, и принимает к сведению (или корректирует) информацию, которую пациент сообщает о себе, состоянии своего здоровья и принимаемых медикаментах.

Вмешательство в случае жесткого и влиятельного окружения

Иногда проблемой становится жесткое окружение, обладающее большой властью. Например, психиатры и терапевты часто не хотят вносить коррективы в терапию того или иного пациента без вмешательства своего руководства независимо от качества отношений пациента со специалистами. Когда стала действовать наша терапевтическая программа, мне приходилось обзванивать психиатрические клиники Сиэтла и подтверждать, что сказанное нашими пациентами — правда. Да, я действительно хотела, чтобы моим пациентам позволяли приходить к нам на терапию даже когда они проходили стационарное лечение в других клиниках. Да, это прав-

да, что если пациенты по каким-либо причинам пропускают четыре недели терапии подряд, они уже не допускаются к лечению.

Подобным образом страховые компании могут отказывать в оплате терапии, если отсутствуют диагноз и терапевтический план, независимо от качества отношений пациентов со страховыми компаниями. Программы социальной помощи также могут требовать подтверждения информации пациента, чтобы продолжать оплату терапии. Направление терапевта и консультации для работников клиник, отвечающих за прием пациентов на стационарное лечение, могут быть очень полезными (а иногда и необходимыми) для срочной психиатрической госпитализации пациента. Иногда, наоборот, персонал психиатрической клиники осуществляет принудительную госпитализацию суицидального пациента, даже если это не в его интересах, и тогда требуется вмешательство терапевта.

Вмешательство для спасения жизни пациента или во избежание серьезного риска для других людей

Неспособность пациента действовать в собственных интересах часто объясняется его нежеланием. Хотя обычно в таких ситуациях терапевт не вмешивается, в случае серьезной опасности для пациента (допустим, высокий суицидальный риск) терапевт может активно вмешаться, чтобы защитить пациента. Точно так же, как и в других видах терапии, специалист обязан вмешаться, если поведение пациента представляет угрозу для благополучия ребенка или другого человека. Терапевт должен соблюдать законы, профессиональные и этические нормы. Средовые интервенции для предотвращения суицида подробно обсуждаются в главе 15, здесь мы не будем останавливаться на этой теме.

Вмешательство, обусловленное гуманным отношением и не причиняющее вреда

Иногда проблема вызвана как жесткостью среды, так и временной неспособностью пациента к определенным действиям. Например, пациентка едет на психотерапевтический сеанс, а ее машина неожиданно выходит из строя. Пациентка видит, что не сможет починить машину. У нее нет денег, чтобы оставить машину и добраться к терапевту на такси или автобусе. Пациентка понимает, что не сможет вовремя приехать на психотерапевтический сеанс. Она звонит терапевту, который как раз свободен. Он берет свою машину и забирает пациентку. Терапевт делает для пациентки то, что сделал бы для любого из своих друзей или знакомых в подобной ситуации. Это нормально, пока действия терапевта не подразумевают замены пациенткой активных стилей решения проблем пассивными. В отличие от обычной психотерапии и подобно большинству форм индивидуального управления, ДПТ не требует, чтобы терапевтические вмешательства ограничивались кабинетом терапевта. Наоборот, терапевт может вмешаться, посетив пациента на дому во время кризиса, приехав на место поломки его машины или посетив квартирное агентство, если пациент не может постичь таинственных порядков этой организации.

Однако в том случае, когда проблема заключается в недостатке у пациента способностей, которым можно обучиться, терапевт вмешивается лишь в особых обстоятельствах (повседневные трудности к ним не относятся). Поэтому необходимо,

чтобы пациент учился переносить дистресс и неудачи до тех пор, пока не приобретет требуемых навыков. Если проблема обусловлена дефицитом способностей, которые невозможно приобрести (например, способность заставить страховые компании оплатить терапию, когда отсутствуют терапевтический план и диагноз) или которые не являются необходимыми либо разумными (например, умение завести безнадежно поломанный автомобиль), тогда вмешательство терапевта допускается.

Интервенции при работе с несовершеннолетними пациентами

ДПТ не использовалась моим терапевтическим коллективом для работы с пациентами моложе 15 лет. При терапии индивидов такого возраста юридические и практические соображения могут требовать, чтобы при некоторых обстоятельствах терапевт оставил роль консультанта. Особенно важной в подобных ситуациях может быть работа с родителями, опекунами или учителями несовершеннолетних пациентов. Хотя обычная политика ДПТ требует присутствия пациента при проведении средовых интервенций, это не всегда полезно или удобно при терапии несовершеннолетних. Наконец, юридические нормы требуют, чтобы в случае неправильного или жестокого обращения с детьми терапевт немедленно вмешивался и сообщал о таких случаях в соответствующие инстанции.

Конкретные стратегии средовых интервенций описаны в следующих разделах и суммированы в табл. 13.1.

Таблица 13.1. Стратегии средовых интервенций

Вмешательство терапевта, когда пациент неспособен действовать самостоятельно, а результат очень важен:

- терапевт в случае необходимости обеспечивает пациенту психиатрическую госпитализацию;
- терапевт предоставляет персоналу стационара необходимые данные, чтобы поддержать немедленную госпитализацию и обеспечить терапевтический план, соответствующий принципам ДПТ.

Вмешательство терапевта при жесткости и силе окружения:

- терапевт отправляет письма и делает необходимые звонки, чтобы пациенту продлили страховку, выплату пособия, приняли его на дополнительное лечение и т.д.;
- терапевт вмешивается, чтобы не допустить принудительного помещения пациента в психиатрическую больницу или проведения альтернативного лечения.

Вмешательство для спасения жизни пациента или предотвращения опасности для других людей:

- если это необходимо, терапевт извещает родственников или членов семьи пациента о суицидальном риске; в этом случае конфиденциальность не соблюдается;
- терапевт извещает соответствующие учреждения, если пациент неправильно или жестоко обращается с детьми или стариками, либо пренебрегает своими обязанностями по отношению к ним, либо угрожает физическим насилием конкретному человеку; терапевт подчиняется закону о защите безопасности окружающих;
- терапевт вмешивается, если это гуманно (например, приезжает к пациенту на своей машине и отвозит его на психотерапевтический сеанс, если у того сломалась машина) и никому не причиняет вреда.

Средовые интервенции в случае, если пациент несовершеннолетний, следует осуществлять с должным соблюдением прав родителей или опекунов.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ о пациенте другим специалистам в случае необходимости:

- терапевт не раскрывает без необходимости информацию, которая может унизить или причинить дискомфорт пациенту.

ЗАЩИТА ИНТЕРЕСОВ пациента.

ВХОЖДЕНИЕ в окружение пациента для оказания ему содействия:

- терапевт соблюдает свои границы по отношению к индивидуальному управлению.

Таблица 13.1 (окончание)

Тактика, противоречащая ДПТ:
• терапевт вмешивается только потому, что это проще или быстрее; • терапевт не может оценить действительных способностей пациента; • терапевт не может оценить требований окружения; • терапевт использует уничижительные описания, безосновательные умозаключения о мотивах пациента и другие негативные характеристики пациента, рассказывая о нем другим людям.

1. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ БЕЗ УЧАСТИЯ ПАЦИЕНТА

Предоставление информации другим лицам — одна из наиболее распространенных форм средовых интервенций в психотерапии и психиатрии. Медицинские карточки, приемные отчеты и отчеты о выписке, результаты тестов обычно передаются другим специалистам, которые занимаются терапией пациента. Телефонные контакты для планирования терапии, координирования оплаты, консультирования в кризисных ситуациях представляют собой довольно обычное явление в разных условиях лечения. При этом самое главное условие, которое должно соблюдаться при любой форме терапии, включая ДПТ, состоит в том, что информация о пациенте может передаваться только в случае необходимости. Личные и секретные данные, конфиденциальные признания пациента и информация, которая может быть использована против него, не должны разглашаться. Следует всячески избегать уничижительных описаний и не подкрепленных фактами измышлений относительно мотивов пациентов, а также подобного рода характеристик пациента, которые могут негативно повлиять на отношение к нему других людей.

2. ТЕРАПЕВТ КАК АДВОКАТ ПАЦИЕНТА

Терапевт может действовать как адвокат пациента, чтобы обеспечить благоприятный для него исход дела или повлиять на работу с пациентом других специалистов. Примеры — передача другим лицам обоснования терапии по их требованию, а также отчетов о ходе терапии для продления страховки; переговоры со страховыми компаниями; выдача пациенту рекомендации для приема на лечение или резиденциальную программу; предотвращение принудительной психиатрической госпитализации пациента (или ее инициирование); обеспечение выписки пациента из стационарного отделения или психиатрической больницы и т.п. “Адвокатская” защита применяется только в случае крайней необходимости.

3. ВХОЖДЕНИЕ В ОКРУЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЕМУ СОДЕЙСТВИЯ

Многие индивиды с ПРЛ живут очень одиноко; зачастую они не могут создать и обеспечить существование поддерживающей структуры межличностных отношений. Они могут проживать далеко от родственников, или же отношения с родственниками могут быть серьезно нарушены. У них может быть недостаточно друзей для оказания помощи в нужный момент, или друзья могут быть неспособны к этому. Нередко пациент с ПРЛ не в состоянии найти человека, к которому можно было бы обратиться в кризисной ситуации, кроме своего терапевта. В таких случаях

терапевт может вмешаться и оказать пациенту непосредственную помощь, если выполняются упомянутые выше условия. Например, иногда терапевт может доставить пациента в психиатрическую больницу, если у него опасное суицидальное состояние; может присутствовать при выполнении пациентом определенных задач, которых тот настолько боится, что не сможет справиться с ними в одиночку; может подвезти пациента домой, если терапия закончилась поздно, а общественный транспорт уже не работает.

Иногда пациент нуждается в чем-то большем, чем совет и наставления, но в то же время способен к самостоятельным действиям. По выражению Дж. Кантер (*Kanter, 1988*), индивидуальный "управляющий" (в данном случае терапевт) иногда выполняет роль не только "проводника", но и "попутчика", скрашивающего одиночество пациента. Одиночество, от которого ДПТ стремится избавить пациента, — это одиночество активного решения проблем без возможности обратиться за помощью в случае необходимости. Поэтому терапевт иногда становится "попутчиком" пациента, чтобы обеспечить ему моральную поддержку. Модель такого подхода в поведенческой терапии — экспозиционная терапия реальными жизненными трудностями, когда терапевт обычно сопровождает пациента в его попытках вхождения в пугающие ситуации в контексте его обычного окружения. Как я уже упоминала, диалектико-поведенческий терапевт часто сопровождает пациента, словно его собственная тень, ободряя его и давая советы. Очень важно, однако, поддерживать четкую границу между наставничеством и моральной поддержкой, с одной стороны, и действиями за пациента — с другой. Последнее уместно лишь в особых обстоятельствах.

СТРАТЕГИИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Стратегии консультирования пациента весьма просты с концептуальной точки зрения и очень трудны в практическом применении. Концепция, на которой основаны эти стратегии, выглядит следующим образом: основная роль диалектико-поведенческого терапевта заключается в том, чтобы консультировать пациента относительно того, как эффективно взаимодействовать со своим окружением. вместо того чтобы консультировать окружение относительно того, как эффективно взаимодействовать с пациентом. Терапевт работает прежде всего с пограничным индивидом, это он его пациент, а не социальная система или окружение этого индивида. Поэтому терапевт выполняет обязанности *консультанта пациента*, а не социальной системы. Если пациент испытывает какие-либо трудности взаимодействия с социальной системой, терапевт вместе с пациентом занимается решением проблем, затем пациент должен вновь возвращаться и налаживать отношения со своим окружением.

За некоторыми исключениями, специалисты, занимающиеся дополнительной терапией пациента, рассматриваются в ДПТ как любые другие люди, с которыми пациент общается в повседневной жизни. Мой опыт показывает, что этот аспект ДПТ — стиль отношений со специалистами, обеспечивающими дополнительную терапию — можно считать одной из наиболее инновационных характеристик нашего подхода. Возможно, эту инновацию будет трудно внедрить, потому что она противоречит тому, в каком духе учат работников сферы здравоохранения.

Как правило, значительная часть ресурсов, отводимых на охрану здоровья, идет на координацию и интеграцию лечения индивидов в рамках системы здравоохранения. ДПТ не возражает против такого подхода; в целом координированное здравоохранение, вероятно, эффективнее. Разница проявляется в том, как ДПТ рассматривает свою собственную роль в этой координации.

В этом разделе я прежде всего дам обоснование или объясню смысл стратегий консультирования пациента в целом. Затем опишу конкретные стратегии консультирования. Наконец, мы более подробно обсудим аргументы против консультирования и причины того, почему же все-таки был выбран этот подход, а не более традиционный метод консультирования со специалистами. Надеюсь, мои доводы в пользу стратегий консультирования пациента убедят вас и вы попробуете их применить.

Обоснование и суть подхода консультирования пациента

Подход консультирования пациента предназначен для достижения трех целей: 1) научить пациента управлять собственной жизнью; 2) предотвратить случаи "раскола" между диалектико-поведенческими терапевтами и другими индивидами, которые входят в круг общения пациента; 3) содействовать уважительному отношению к пациенту.

Обучение эффективной самопомощи

Первое основание для выбора стратегий консультирования пациента — создать противовес тенденции пограничных индивидов к избеганию решения проблем. Часто пациенты с ПРЛ предпочитают непрямые средства межличностного влияния прямым. Нередко такие пациенты пытаются заставить терапевта решать свои межличностные проблемы вместо них. Стратегии консультирования пациента дают возможность последовательно требовать от пациента активного решения проблем. Это очень важно, поскольку терапевт не может решать за пациента все жизненные проблемы, которые встречаются на его жизненном пути или с которыми он может столкнуться в будущем.

При этом возникают две конкурирующие потребности. С одной стороны — потребность в информации от всех субъектов, занимающихся терапией индивида или входящих в круг его общения. Работники сферы здравоохранения, как и члены семьи, сотрудники и друзья, будут эффективнее взаимодействовать с тем индивидом, которого они знают и понимают. Предоставляемая терапевтом информация о пациенте способствует пониманию. С другой стороны — потребность пациента научиться более эффективному взаимодействию с другими индивидами (включая работников сферы здравоохранения), действовать самостоятельно и в собственных интересах, повышать свои способности и уверенность в своих силах. Именно на это направлены стратегии консультирования пациента. Поэтому в ДПТ терапевт готов позволить пациенту пережить некоторые негативные кратковременные последствия неэффективной самопомощи, чтобы добиться долговременных улучшений качества самопомощи в будущем. Если применение стратегий консультирования пациента может иметь слишком болезненные последствия для последнего, терапевт переключается на стратегии средовых интервенций.

Подобный подход подразумевает очевидную веру в способности пациента к научению эффективному взаимодействию. В ДПТ именно пациент считается ответственной стороной, когда речь идет о межличностном общении. Такая позиция вытекает из представления о том, что работа терапевта — помогать пациенту справляться с *реальной* жизнью, со всеми ее проблемами и несправедливостями, а не изменять мир для пациента. Вместо того чтобы вмешиваться в жизнь пациента, решать за пациента проблемы и удовлетворять его желания, терапевт обучает пациента тому, как решать проблемы и добиваться желаемого. Враждебность и "плохое" отношение со стороны окружения рассматриваются как благоприятные возможности для практики и научения. Другими словами, недостатки обращаются в ценные достоинства. Пациента учат "справляться" с окружением, а не пассивно подчиняться ему.

Предотвращение "раскола"

Явление "раскола" регулярно сопровождает пациентов с ПРЛ на протяжении их жизни. "Раскол" имеет место, когда разные индивиды в окружении пациента по-разному ведут себя по отношению к нему. "Раскол" может затронуть родителей; например, мать готова кормить пациентку (свою дочь) и предоставлять ей жилье, не требуя ничего взамен, а отец настаивает, чтобы пациентка вносила свою долю в семейный бюджет. "Раскол" может происходить между друзьями, когда одни из них обвиняют других в неподобающем или деструктивном поведении. Подруги пациентки могут обвинять во всех ее неприятностях ее мужа, друзья мужа — пациентку. При "расколе персонала" разные специалисты, работающие с одним и тем же пациентом, не только расходятся во мнениях относительно методов и приоритетов терапии, но и делают это чрезвычайно эмоционально. (Подробно об этом будет говориться в конце главы.)

Стратегии консультирования пациента были разработаны с целью предотвращения "раскола персонала". Оставаясь консультантом для пациента, терапевт не вмешивается в конфликт мнений других специалистов, работающих с пациентом. Этот конфликт мнений среди людей из окружения пациента рассматривается как благоприятная возможность для последнего — возможность думать самостоятельно и отстаивать свое мнение, интегрировать советы разных людей и принять на себя ответственность за свою жизнь и благополучие. Избегая участия в конфликте мнений относительно пациента, диалектико-поведенческий терапевт избегает участия в "расколе" и его углублении.

Уважительное отношение к пациенту

Наконец, стратегии консультирования пациента способствуют уважению к пациенту и его потенциальным возможностям, что соответствует общей концепции ДПТ. Пациенту дают понять, что он может быть надежным источником информации и эффективно вмешиваться в деятельность своей социальной системы без посторонней помощи. Хотя нет ничего необычного в том, что "специалисты" советуются друг с другом по профессиональным вопросам (независимо от того, в какой сфере они работают — образовании, юриспруденции, медицине, психиатрии). такая консультация, проводимая при отсутствии заинтересованного лица, может

иметь несколько подтекстов. Это может означать, что средства достижения цели слишком сложны для понимания заинтересованного лица, что мнения и желания заинтересованного лица не обязательно важны или что заинтересованному лицу не доверяют. Стратегии консультирования пациента предполагают, что мнениям и желаниям пациента относительно его собственного благополучия следует доверять. Такой подход включает обучение пациента, одна из целей которого — прояснить процесс поведенческих и психологических изменений, чтобы пациент мог лучше отстаивать собственные интересы.

"Терапевтический коллектив" и "все остальные"

Подход консультирования пациента может иметь несколько вариаций. Разница зависит от того, входит заинтересованное в информации или консультации лицо в терапевтический коллектив или нет. В принципе, любой терапевт, проводящий дополнительное лечение, может войти в терапевтический коллектив ДПТ. Для этого необходимо наличие нескольких условий: 1) согласие пациента; 2) согласие терапевта применять принципы ДПТ; 3) участие терапевта в регулярных собраниях по супервизии и консультированию. ДПТ разрабатывалась как амбулаторная форма лечения и первоначально проводилась в исследовательской клинике, все специалисты которой были обязаны применять принципы ДПТ. Такие же условия воспроизводятся в стационарных отделениях и амбулаторных клиниках, когда вводится специальная программа ДПТ (или программа ДПТ как составляющая другой терапевтической программы). Такие же условия воспроизводятся, когда небольшая группа клиницистов занимается совместной терапией нескольких индивидов с ПРЛ (например, один или два терапевта занимаются индивидуальной психотерапией, затем начинают координировать свои усилия с одним или несколькими ведущими тренинга навыков). Наконец, эти условия воспроизводятся, когда терапевты самостоятельно занимаются лечением пациентов с ПРЛ и регулярно участвуют в собраниях по супервизии и консультированию. Если терапия проводится группой специалистов, но только один или несколько из них применяют ДПТ, стратегии консультирования пациента, вероятно, не могут применяться так последовательно, как я описываю, если только все члены терапевтического коллектива как минимум не согласятся следовать философии ДПТ в вопросах, касающихся индивидуального управления.

По определению, члены терапевтического коллектива регулярно консультируются друг с другом, обмениваясь информацией о пациенте, а также о своих реакциях на него и взаимодействии с ним. По определению, те лица, которые не входят в терапевтический коллектив (т.е. все остальные люди), не участвуют в регулярном обмене информацией. Члены терапевтического коллектива как бы составляют одну семью. Все они соблюдают конфиденциальность, и все они заинтересованы в применении одних и тех же терапевтических принципов — как к пациентам, так и к терапевтам. Интерпретация получаемой информации будет довольно предсказуемой. К лицам, не входящим в состав терапевтического коллектива, относятся как к друзьям, при этом от них не ожидают применения правил ДПТ. Хотя общие принципы и философия подхода консультирования пациента одни и те же для всех — и

терапевтического коллектива, и других лиц, — конкретные стратегии отличаются. Эти отличия весьма существенны.

Конкретные стратегии консультирования пациента приводятся в табл. 13.2 и обсуждаются в следующих разделах.

Таблица 13.2. Стратегии консультирования пациента

ОРИЕНТИРОВАНИЕ пациента и других специалистов на подход консультирования пациента.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ пациента относительно взаимодействия с ДРУГИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ; терапевт не вмешивается в терапевтическое окружение пациента (исключения приводятся в табл. 13.1):

- терапевт предоставляет другим специалистам информацию общего характера относительно терапевтической программы, философии терапии, границ терапевтической программы и т.д.:
  - — терапевт выступает от своего имени, а не от имени пациента;
- вне терапевтического коллектива терапевт говорит о пациенте только в его присутствии;
- в рамках терапевтического коллектива терапевт получает и предоставляет информацию о пациенте, чтобы направлять планирование терапии:
  - — даже в отсутствие пациента на собраниях терапевтического коллектива терапевт придерживается принципов ДПТ и не делает для пациента того, что он может сделать сам;
- терапевт активно воздерживается от советов другим специалистам по поводу того, как следует проводить терапию пациента:
  - — терапевт говорит другим специалистам или учреждениям: "Следуйте своим обычным процедурам", затем консультирует пациента;
- терапевт помогает пациенту действовать в качестве собственного представителя, решая связанные с планированием терапии вопросы вне терапевтического коллектива ДПТ (а также в учреждениях или при взаимодействии с облеченными полномочиями лицами):
  - — при планировании дополнительного лечения;
  - — при необходимости в медикаментах, консультациях, изменениях неподходящих планов медикаментозного лечения и т.д.;
  - — при взаимодействиях с лечащим персоналом психиатрического стационара — чтобы добиться госпитализации, выписки, получить разрешение на посещение сеансов индивидуальной психотерапии и тренинга навыков ДПТ, для изменения планов терапии;
  - — для предотвращения принудительной психиатрической госпитализации;
  - — для получения срочной помощи в отсутствие терапевта;
- терапевт не вмешивается и не решает личных проблем пациента с другими специалистами:
  - — терапевт консультирует пациента относительно решения проблем с другими членами терапевтического коллектива и со специалистами, осуществляющими вспомогательное лечение;
- терапевт не защищает других специалистов (и не предъявляет им необоснованных обвинений):
  - — терапевт принимает ответственность за собственное поведение, но отказывается отвечать за поведение других членов терапевтического коллектива; терапевт не защищает пациента перед другими членами терапевтического коллектива;
  - — терапевт принимает тот факт, что все совершают ошибки;
- терапевт помогает пациенту вмешиваться в свое терапевтическое окружение, когда другое лечение оказывается неэффективным или ятрогенным;
- терапевт принимает звонки от других людей по поводу кризиса пациента как консультант, а не как индивидуальный "управляющий"; терапевт не говорит за пациента в его отсутствие:
  - — терапевт предоставляет общую информацию, получает от собеседника информацию о степени риска ситуации и консультирует пациента, как эффективно реагировать на кризис;
- терапевт наставляет пациента во время собраний по обсуждению клинических случаев, помогает ему организовывать такие собрания.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ пациента относительно взаимодействия с ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ И ДРУЗЬЯМИ — особенно в вопросах, относящихся к терапии:

- терапевт предоставляет членам семьи или друзьям информацию общего характера о терапии, получает от них информацию о степени риска кризисной ситуации, но не разглашает информации о пациенте:
- терапевт осуществляет семейную терапию, если это необходимо:

Таблица 13.1 (окончание)

— терапевт наставляет пациента, но не говорит от его имени;
— терапевт предоставляет членам семьи информацию о терапевтических принципах, теории ПРЛ и т.п.;
— терапевт помогает членам семьи пациента в его валидации.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт защищает других специалистов, работающих с ПРЛ, или каким-либо иным образом действует от *их* имени;
- терапевт относится к пациенту как к слишком слабому и хрупкому;
- терапевт считает действия пациента чересчур манипулятивными.

1. ОРИЕНТИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ И ПАЦИЕНТА НА ПОДХОД КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

При первом знакомстве с подходом консультирования пациента у клиницистов Сиэтла возникли значительные разногласия. Появилась необходимость в ориентации, и потребовалось какое-то время для того, чтобы к новой идее привыкли. Как пациентов, так и членов их окружения нужно было ориентировать на новый подход. Первый раз, когда терапевт отказывается вмешиваться и действовать за пациента, специалист и пациент должны обсудить необходимость этого, а также то, почему отношение к пациенту как компетентному (с поведенческой точки зрения) индивиду больше отвечает его интересам. Стиль негативной коммуникации — негативизм по отношению к предполагаемой слабости или поведенческой некомпетентности — в этой ситуации может быть очень эффективен. Пациент часто боится, что его “бросят в воду, чтобы научить плавать”. Подход консультирования пациента не подразумевает таких действий; терапевт сопровождает пациента на протяжении всего пути. Подобная ориентация может повторяться несколько раз.

Что касается общения с другими специалистами, лучшая политика для терапевта — просто объяснить свою позицию терапевтическими правилами и рассказать о принципах подхода консультирования пациента. Обычно я говорю примерно следующее: я применяю особую терапию, которая требует, если только это возможно, обучения пациента самостоятельным действиям, а не вмешательства терапевта и действий за пациента. Я могу указать на то, что пациентам с ПРЛ зачастую чрезвычайно трудно эффективно взаимодействовать с лицами, которые занимаются их терапией. Поэтому я прилагаю все силы к тому, чтобы научить пациентов действовать в этой сфере эффективнее. Я подчеркиваю, что готова (или даже хочу) консультироваться с другими специалистами в присутствии пациента.

Главное — объяснить другим специалистам, что в их же интересах, если терапевт будет работать прежде всего с пациентом, а не с ними. По опыту я знаю, что когда специалисты привыкают к такому подходу, они перестают воспринимать его в штыки. Однако для того, чтобы специалисты смогли привыкнуть, им требуется некоторое время, а некоторым из них требуется еще и валидация. При столкновении пациента с жесткими, неуступчивыми клиницистами терапевту иногда придется отказываться от стратегий консультирования пациента и переходить к стратегиям средовых интервенций.

2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДРУГИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

Суть подхода консультирования пациента заключается в следующем: роль терапевта — консультировать пациента относительно того, как взаимодействовать с другими людьми, вместо того чтобы консультировать других людей относительно того, как обращаться с пациентом или лечить его. Задача каждого диалектико-поведенческого терапевта — помочь пациенту добиться более эффективного общения со всеми членами его межличностной системы, включая врачей и терапевтов — будь то члены терапевтического коллектива ДПТ или специалисты, проводящие дополнительное лечение. В целом (с учетом ранее упомянутых исключений) диалектико-поведенческий терапевт не вмешивается для изменения окружения ради пациента, включая терапию другими специалистами. Эта стратегия представляет собой сочетание указания ("говорить пациенту, как вести себя с другими специалистами") и запрета ("не говорить другим специалистам, как обращаться с пациентом"). Из этой общей стратегии вытекает несколько правил.

Правило 1. Предоставлять другим специалистам общую информацию о терапевтической программе. Подход консультирования пациента не запрещает терапевту предоставлять другим людям общую информацию о ДПТ; философии терапии, исповедуемой терапевтом; индивидуальных границах терапевта или программы; поведенческих принципах, лежащих в основе ДПТ. Хотя терапевт не говорит от лица пациента, он может говорить о себе и терапевтической программе в целом. Терапевт может объяснять свою личную точку зрения по телефону, в письмах или при личных встречах с другими специалистами.

Правило 2. Не обсуждать пациента или его терапию вне терапевтического коллектива без присутствия пациента. За исключением обсуждаемых выше стратегий средовых интервенций, терапевт не обсуждает вопросы, связанные с пациентом или работой с ним, с не-членами терапевтического коллектива ДПТ в отсутствие пациента. Терапевт не принимает участия в телефонных конференциях, не посылает отчетов, не посещает собраний по обсуждению клинических случаев без пациента (если они каким-то образом к нему относятся). Даже когда пациент дает свое согласие и взаимодействует с другими специалистами, если это необходимо, терапевт не распоряжается самостоятельно информацией, имеющей отношение к делу; терапевт и пациент вместе составляют отчеты и письма и посещают собрания. Любой необходимый звонок специалистам, занимающимся дополнительным лечением, или любым другим лицам, имеющим отношение к пациенту, прежде всего обсуждается с пациентом во время консультации. Очень удобно при этом пользоваться функцией голосовой связи. Когда терапевт согласовывает дублирующую терапевтическую программу перед тем, как на какое-то время уехать из города, он вместе с пациентом разрабатывает план, и пациент должен связаться с дублирующими специалистами до того, как его индивидуальный терапевт уедет. Конечно, обычно терапевт предварительно договаривается со своими коллегами, которые будут его подменять. В зависимости от пациента терапевт может связаться со своими коллегами еще раз, чтобы проверить, действительно ли пациент связывался с ними.

Терапевты и другой персонал обычно не пишут рекомендательных писем своим пациентам. Предполагается, что пациент сам может представиться и рассказать о себе. Если же такое письмо необходимо или полезно, пациент и терапевт составляют его вместе. Информация, которую нужно передать новому специалисту, передается через пациента. Предполагается, что пациент может вкратце рассказать о своих проблемах, пройденной терапии и потребностях в данный момент — по крайней мере, с помощью терапевтической программы ДПТ. Если пациент не может рассказать об этом сам, устраивается собрание прежних и новых специалистов, на котором присутствует и пациент.

Правило 3. Делиться информацией в пределах терапевтического коллектива, но не нарушать смысла стратегиию. Все диалектико-поведенческие терапевты, которые работают с определенным пациентом, каждую неделю встречаются на собраниях групп супервизии и консультирования, чтобы обсудить прогресс пациента. Пациент при этом не присутствует. Основная задача таких собраний — поделиться информацией, которая может быть использована для работы с пациентом, и получить консультацию на основе этой информации. В таких случаях весь терапевтический коллектив считается терапевтической единицей, даже если фактически только один его член лично работает с пациентом. Информация собирается в разных направлениях, у всех членов коллектива, так что вся терапевтическая единица может заниматься обучением пациента. Подход консультирования пациента в этом контексте нарушается, если терапевт делает за пациента то, что пациент мог бы сделать (или научиться делать) сам. Обмен информацией производится для того, чтобы направлять планирование терапии, но не предоставлять информацию пациенту.

Правило 4. Не рассказывать другим специалистам, как осуществлять терапию пациента. Кроме тех случаев, которые обусловлены стратегиями средовых интервенций (и которые обсуждались выше), пациент сам выполняет функции посредника между терапевтическим коллективом и специалистами, занимающимися дополнительным лечением, другими людьми из своего окружения, а также между индивидуальным терапевтом и другими лицами. Что касается специалистов, осуществляющих дополнительное лечение, диалектико-поведенческий терапевт на запрос относительно терапевтических рекомендаций дает ответ следующего смысла: "Следуйте своим обычным процедурам". Во взаимодействиях с другими членами терапевтического коллектива клиницист может помочь им продумать различные варианты терапии и предоставить информацию, которая будет полезна для такого планирования, но в конечном счете смысл советов будет таким же: "Следуйте обычным процедурам ДПТ".

Этому правилу следуют даже тогда, когда дополнительное лечение может оказать существенное влияние на работу основного терапевта. Вот пример. Пациентка, проходящая ДПТ, осваивает навыки уверенного поведения в рамках модуля эффективности межличностного поведения. Пациентке очень трудно постоять за себя, она или очень агрессивна, или очень пассивна. Индивидуальный терапевт запрещает ей звонить к нему домой после девяти вечера. Пациентка заканчивает работу в восемь тридцать и приходит домой после девяти. Пациентка хочет, чтобы терапевт позволил ей звонить до половины десятого вечера. Она уже пробовала это

сделать, требовательно и агрессивно, но не имела успеха. Пациентка приходит на тренинг навыков, жалуясь на своего терапевта. Ведущий тренинга навыков начинает работать с ней, помогая освоить более функциональные навыки. Пациентка готова испытать новый навык на следующем сеансе индивидуальной психотерапии. Ведущий очень хочет подкрепить новый навык своей подопечной. Как он использует собрание по супервизии и консультированию, которое будет проводиться перед следующим сеансом индивидуальной психотерапии?

Самый важный фактор в этом случае — отношение ведущего тренинга навыков к индивидуальному терапевту. Рассказать на собрании о том, какие навыки освоил пациент, будет вполне уместным. Ведущий тренинга навыков мог бы даже рассказать о проведенной с пациентом работе и о том, какое домашнее задание он получил (хотя это могут быть излишние подробности). Ведущий тренинга навыков мог бы также поделиться своими надеждами относительно того, что использование пациентом новых навыков будет подкреплено. Однако главное — позиция этого специалиста: независимо от обстоятельств он поможет пациенту справиться с ситуацией. Обязанность индивидуального терапевта в этом случае — представлять общество. Обязанность ведущего тренинга навыков — научить пациента адекватно взаимодействовать с обществом. Если пациент действует умело и его действия подкрепляются, он понимает — позитивное поведение эффективнее, чем требовательное и агрессивное. Если действия пациента не подкрепляются, он может усвоить, что даже идеальное поведение не всегда приводит к желаемым последствиям в реальной жизни. Какой урок важнее? Неясно, так как оба имеют очень важное значение.

Допустим, та же пациентка приходит на следующее занятие по тренингу навыков и говорит, что еще до того, как она закончила, индивидуальный терапевт резко оборвал ее, сказал "нет" и отказался обсуждать эту тему. Теперь задача ведущего тренинга навыков — помочь пациентке проанализировать свое поведение и поведение индивидуального терапевта настолько объективно, насколько это возможно, и решить, как справиться с таким поворотом событий. Как ведущий тренинга навыков использует следующее собрание по супервизии и консультированию? Роль обмена информацией в этом случае — понять точку зрения индивидуального терапевта; не для того, чтобы выяснить, кто прав или виноват, а чтобы помочь пациентке выбрать правильную стратегию. Цель ведущего тренинга навыков — получить информацию, которую он смог бы добыть, если бы лично присутствовал на сеансах индивидуальной психотерапии. Образно говоря, это напоминает съемку сеанса индивидуальной психотерапии на камеру, у которой вместо линзы (это важно!) — личное восприятие индивидуального терапевта. ДПТ вовсе не предполагает, что восприятие терапевта не может быть искаженным, как и восприятие пациента.

При следующей встрече с пациенткой ведущий тренинга навыков может поделиться информацией о том, как терапевт воспринял ее действия или как терапевт увидел ситуацию. Возможно, и у пациентки, и у индивидуального терапевта сложилось очень похожее восприятие ситуации. Либо, возможно, индивидуальный терапевт неправильно понял пациентку, или же пациентка своими просьбами прервала другую тему, очень важную, от которой терапевт не хотел отступать. Возможно, пациентка снова вернулась к требовательному, агрессивному стилю. Как бы там ни

было, ведущий тренинга навыков собирает информацию у обеих сторон и может использовать ее (или не использовать) для помощи пациенту в исправлении его стиля общения.

Это правило может быть особенно трудным, когда терапевт полагает, что дополнительное лечение производит негативное воздействие на пациента. Однако вера в пациента в ДПТ настолько сильна, что она требует удерживаться от критики другого специалиста — по той причине, что пациент сам сможет успешно модифицировать или прекратить негативное воздействие. Например, если другой специалист ненамеренно подкрепляет неадаптивное поведение (что случается не так уж редко), диалектико-поведенческий терапевт учит пациента работать с другим специалистом над тем, чтобы добиться изменений. Обучение тому, как быть информированным и компетентным потребителем услуг здравоохранения, — важная задача ДПТ. Ввиду своей важности эта тема будет отдельно обсуждаться ниже.

Правило 5. Учить пациента действовать в качестве собственного представителя для получения должного внимания и обслуживания. Важная роль диалектико-поведенческого терапевта — обучить пациента, как добиться надлежащего уровня обслуживания. Поэтому терапевт должен обучать пациента оценке собственных потребностей, проверять имеющиеся ресурсы, связываться с теми или иными учреждениями и просить об услугах, а также оценивать получаемые услуги. Например, когда пациент поступает в стационарное отделение, он должен получить разрешение ходить на индивидуальную психотерапию и посещать тренинг навыков, а также следить, чтобы ему не назначали такие медикаменты, которые (как он знает) не принесут ему пользы или которые не допускаются терапевтической программой. Терапевту не следует звонить персоналу стационара, в котором находится пациент (за исключением оговоренных выше случаев), но он должен обучать пациента тому, как эффективно действовать в данной среде. Сам пациент (возможно, под четким руководством диалектико-поведенческого терапевта) должен сотрудничать с ответственным за фармакотерапию специалистом, чтобы ограничить доступ к потенциально смертельным препаратам (подробнее об этом — в главе 15).

Данный принцип выглядит простым, но это кажущаяся простота. В действительности многие из укоренившихся способов лечения требуют пересмотра. Возьмем, к примеру, пациентку стационарного отделения, которая наносит себе глубокие порезы. В ДПТ терапевт или член персонала не звонит и не требует медицинской консультации (если, конечно, пациентка в состоянии сделать это). Вместо этого пациентке объясняют, как созвониться с врачом и записаться на прием. Персонал наставляет, пациентка действует. Терапевты и персонал не устраивают для пациентки встреч с другими специалистами. Предполагается, что взрослые люди сами могут записаться на прием. Терапевт вмешивается только в том случае, если пациент явно неспособен действовать самостоятельно, а несвоевременная запись на прием может привести к более серьезным негативным последствиям, чем пассивность пациента.

Правило 6. Не вмешиваться, не решать личных проблем пациента и не действовать за него при общении с другими специалистами. Это правило — оборотная сторона предыдущего. Если пациент действует в качестве собственного представителя

при разрешении трудностей общения с другими индивидами, включая врачей и психиатров, тогда само собой разумеется, что терапевту не следует действовать за пациента. Если пациент не удовлетворен дополнительной терапией, которую он получает, или другим специалистом, индивидуальный терапевт помогает ему выработать способ эффективно сообщить о своих претензиях. Терапевт относится к пациенту как к способному (при условии прохождения тренинга навыков) к самостоятельным действиям в своих интересах. Если пациент испытывает трудности при общении с одним или несколькими членами персонала, терапевт не пытается объяснить им положение дел или решить с ними проблему. Терапевт не действует в качестве посредника пациента. Например, подобные претензии терапевта недопустимы в ДПТ: "Она на вас очень сердится, но боится сказать. Как вы могли так с ней поступить?" Можно догадаться, почему в теории все легко, а на практике очень трудно. Чтобы не сбиться с курса, при использовании этого подхода терапевту понадобится смирение.

Правило 7. Не защищать других специалистов. В пределах терапевтического коллектива подход консультирования пациента требует, чтобы каждый терапевт отвечал только за свое собственное поведение, а не за поведение других. Терапевт не должен оправдывать других специалистов перед пациентом. Как и в реальной жизни, одни люди успешнее общаются с пациентом, чем другие. Каждый терапевт допускает ошибки. Правила могут меняться в зависимости от того, кто их подкрепляет. ДПТ допускает, что терапевты действительно могут совершать "неправильные" действия, в которых их упрекают пациенты. Однако, как уже упоминалось, терапевты не вмешиваются и не действуют за пациента в отношениях с другими специалистами. В то же время терапевт не выступает посредником и другой стороны, т.е. не защищает интересы своих коллег перед пациентом.

Это правило не означает, что один терапевт не может способствовать лучшему взаимопониманию пациента и другого специалиста. Наоборот, обучение пациента эффективному взаимодействию с другими людьми часто включает помощь ему в формировании эмпатии и понимания. Это не означает также, что один терапевт не может соглашаться с другим специалистом, даже если пациент очень обижен на его коллегу. Например, в нашей клинике была пациентка, у которой сложились более чем сложные отношения с ведущим тренинга навыков, и вправду допускавшим грубые профессиональные ошибки. Однако что сделано, то сделано, и пациентка, по всей видимости, уже не могла изменить свое отношение. Она стала агрессивной и проявляла агрессию по отношению к ведущему тренинга навыков уже после того, как курс завершился. В конце концов ведущий тренинга навыков прекратил всякие контакты с ней. После этого пациентка начала звонить мне (как директору клиники), умоляя "сделать" так, чтобы этот специалист снова начал с ней общаться. Я валидировала дистресс пациентки, валидировала право специалиста соблюдать свои границы и помогла пациентке решить проблему выхода из этой сложной ситуации.

Если вспомогательное лечение мешает основной терапии

За исключением тех случаев средовых интервенций, которые были упомянуты выше, диалектико-поведенческий терапевт не вмешивается в отношения пациента с другими специалистами и не пытается заставить их изменить неэффективное

или ятрогенное лечение, либо такое лечение, которое противоречит ДПТ. Вместо этого терапевт анализирует ситуацию дополнительной терапии с пациентом, затем обучает его эффективному взаимодействию с другими специалистами. Сначала нужно попробовать помочь пациенту воздействовать на других специалистов, чтобы изменить направленность их лечения. Если это не удается, следует рассмотреть вариант прекращения дополнительного лечения или перехода пациента к другому специалисту или на другую терапевтическую программу. Рассмотрим некоторые примеры.

Одна из пациенток моей клиники часто обращается в службу скорой психиатрической помощи в случае кризиса (который случается довольно регулярно). Поскольку эта пациентка обычно угрожает самоубийством, ей не отказывают в госпитализации. Пациентка утверждает, что госпитализация противоречит ее воле; с другой стороны, она признает, что для нее это способ избежать проблем (кроме того, в больнице хорошо кормят). Частые госпитализации не только подкрепляют пассивное поведение и суицидальность, но и оказывают на пациентку настолько деморализующее влияние, что она три раза теряла работу и в данное время живет на пособие. Наше моральное состояние ухудшается вместе с состоянием пациентки, и терапия летит под откос. Разве в данной ситуации я не могу проконсультировать персонал психиатрических больниц, чтобы выработать более эффективные способы обращения с пациенткой? Нет. Почему? Потому что, даже если я буду консультировать персонал одной больницы и они станут работать с пациенткой более эффективно, в Сиэтле останется еще как минимум десять стационарных психиатрических отделений и больниц. Пока я буду "обрабатывать" одну больницу, пациентка может перейти в другую. К тому времени, когда я проконсультирую персонал всех психиатрических больниц в Сиэтле, пациентка может вернуться в первую, в которой к тому времени персонал может смениться, и мне придется начинать все заново. А если пациентка переедет в другой город? Я что, должна буду гоняться за ней по всей Америке? Нет. Очевидно, намного легче "обработать" пациентку, чтобы она могла противостоять неэффективным действиям персонала психиатрических больниц. Пациентка должна усвоить, как следует консультировать работников стационарных психиатрических отделений и как избежать ненужной госпитализации. Персонал психиатрической больницы вместе с пациентом должны выработать план терапии. В этом плане могут быть оговорены возможности посещения пациенткой специалиста в кризисных ситуациях, однако должны быть исключены возможности подкрепления пассивного и суицидального поведения.

Подход консультации пациента также весьма эффективен для ослабления гнева терапевтов на специалистов, которые занимаются дополнительным лечением. Этот подход помогает терапевту сосредоточиться на помощи пациенту. Одна из моих пациенток, страдавшая эпилепсией, долгое время лечилась у одного специалиста Сиэтла. Иногда, когда ей становилось плохо, она вызывала "скорую", и ее часто отправляли на стационарное лечение. Каждый раз врачи начинали подбирать для нее новые антисудорожные препараты, игнорируя ее возражения насчет того, что она плохо реагирует на новые лекарства, и просьбы связаться с ее лечащим врачом. После выписки ей требовалось до трех недель, чтобы перейти на прежние лекарства и стабилизировать свое состояние. То же самое случилось снова: пациентка посту-

пила на лечение в стационар, позвонила мне и сказала, что ей опять назначили новые препараты. Моей непосредственной эмоциональной реакцией был гнев на персонал больницы, который допустил такое отношение к пациентке. Я чувствовала свою ответственность за пациентку. Первым побуждением было позвонить в больницу и вмешаться. Мне все это надоело и хотелось поскорее разорвать этот порочный круг. Однако подобные действия были бы нарушением принципов подхода консультирования пациента. Вскоре я осознала, что моя задача состоит не в том, чтобы менять людей, которые занимались моей пациенткой (задача явно непосильная), а в том, чтобы изменить пациентку (задача вполне выполнимая). Мой гнев испарился. Я перезвонила пациентке и сказала ей (довольно твердо), что на этот раз она не должна позволить колоть себе другие препараты без надлежащей консультации. В этом отношении пациентка больше знала о себе, чем персонал больницы. Хотя подход консультирования пациента требует некоторого времени, он в конце концов сработал. Сейчас пациентка вполне компетентно следит за тем, чтобы ей давали нужные лекарства. Внимательный читатель заметил, вероятно, что эффективная самопомощь для этой пациентки означала установление контакта одного врача с другим для проведения консультации. Усилия пациентки были направлены на то, чтобы заставить одного врача вмешаться в действия другого, и это была правильная стратегия.

Как поступает терапевт, если нетерапевтическое или неправильное лечение проводится членом терапевтического коллектива ДПТ? В таком случае терапевту приходится балансировать между соблюдением принципов подхода консультирования пациента (не защищать интересы пациента перед другими специалистами и не говорить другим специалистам, как лечить пациента) и принципов супервизии и консультирования терапевта (осуществлять планирование и модификацию терапии всем терапевтическим коллективом). Подход консультирования пациента направлен на обмен информацией с другими специалистами относительно планов и задач терапии, а также относительно влияния на пациента и задачи терапии других членов терапевтического коллектива. Подход супервизии и консультирования терапевта направлен на поиск синтеза двух или больше подходов к лечению.

Кризисные консультации

Консультации специалистов, не входящих в терапевтический коллектив. Большинство терапевтов предпочитают координировать работу с определенными пациентами без активного участия (хотя, конечно же, с согласия) самих пациентов. Группы кризисного вмешательства, полиция и служба спасения, консультанты программ социальной помощи, индивидуальные “управляющие” и работники скорой помощи часто предпринимают значительные усилия, чтобы связаться с терапевтом и узнать, как вести себя с пациентом в случае кризиса. Независимо от ситуации политика ДПТ остается неизменной: когда звонят специалисты, которые не входят в терапевтический коллектив ДПТ, терапевту следует: 1) получить как можно больше сведений о сложившейся ситуации; 2) предоставить всю необходимую информацию, которую пациент не может сообщить, а также подтвердить (или уточнить) предоставленную пациентом информацию; 3) сказать другим специалистам, чтобы они следовали своим обычным процедурам; 4) попросить разрешения поговорить

с пациентом. Затем терапевт объясняет пациенту, как лучше всего справиться с ситуацией и вести себя с другими специалистами. (Опять-таки, подход консультирования пациента не применяется, если пациент не способен к сотрудничеству, а результат чрезвычайно важен. Если пациент без сознания или находится в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения, или слишком враждебно настроен и отказывается говорить, терапевт предоставляет необходимые сведения относительно его анамнеза, терапии и принимаемых медикаментов.)

Например, терапевтический коллектив, в который я вхожу, арендует помещение в большой психиатрической клинике. Одна из моих пациенток постоянно отвлекала работников этой клиники долгими беседами или агрессивно вела себя в приемной, создавая трудности для других пациентов. Директор клиники прислал мне несколько жалоб на "мою" пациентку с намеками на то, что мне нужно было лучше смотреть за ней. Клиника не была рассчитана на пациентов с подобным поведением, и моя пациентка не лучшим образом влияла на других пациентов. Меня больше волновало, как сохранить пациентке жизнь, потому что основной ее проблемой был высокий суицидальный риск. Более того, я знала, что поведение пациентки в данной клинике было значительным достижением терапии, поскольку до этого она вела себя намного хуже. Реакцией клиники была разработка целого комплекса репрессивных (по моему мнению) правил о том, какое поведение пациентов считается позволительным, а какое нет. В ответ я обрушила на директора клиники поток своих жалоб. Обе стороны были настроены враждебно, возник "раскол" персонала. В чем заключалась ошибка? В том, что я не ответила директору клиники: "Следуйте своим обычным процедурам, а мы поможем пациентке справиться". Я начала защищать слабость своей пациентки, вместо того чтобы укреплять ее потенциальные способности. Хотя встреча с директором клиники, направленная на решение проблем, была бы полезной, такую встречу нужно было бы проводить в присутствии пациентки.

Консультирование членов терапевтического коллектива. В рамках терапевтического коллектива кризисными ситуациями обычно занимается индивидуальный или основной терапевт. Таким образом, все терапевты, сотрудничающие в терапевтическом коллективе ДПТ, должны связываться с основным терапевтом по поводу того, как обращаться с пациентом в случае кризиса (если только нет четких процедур для применения в таких случаях). В этой ситуации терапевт не отвечает: "Следуйте вашим обычным процедурам", а дает указания. Эта тема подробно обсуждается в главе 15.

Посещение собраний по обсуждению клинических случаев

Подход консультирования пациента вовсе не запрещает координацию терапии и участие в собраниях по обсуждению клинических случаев в связи с лечением пациента. Координация терапии с не-ДПТ-специалистами иногда очень полезна, особенно если эти специалисты устанавливают довольно длительные отношения с пациентами, — это могут быть, например, индивидуальные "управляющие", врачи или фармакотерапевты. Такая координация очень полезна, когда терапия "буксует" или когда пациент переживает кризис и находится на стационарном лечении либо кочует от терапевта к терапевту. Идеальная ситуация для координации терапии создается, когда пациент инициирует проведение собрания по обсуждению клинического случая.

Во время собрания по обсуждению клинического случая главная задача терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту выражать свои интересы, предоставлять и получать информацию. (Однако обычно это невозможно до тех пор, пока терапевт не проведет соответствующую ориентацию окружения.) Терапевт сосредоточивается на помощи пациенту в компетентном взаимодействии; он не действует за пациента, если только это не вызвано крайней необходимостью. Терапевт выступает в роли тренера, а не запасного игрока. Он объясняет свою точку зрения, принципы и план терапии, личные границы и т.д. Иногда от терапевта требуется активная поддержка участия пациента в обсуждении и планировании терапии. Активная пассивность пациента и традиционный подход многих психиатров и психотерапевтов могут создать такую атмосферу, когда пациент будет присутствовать только телом, но отсутствовать душой.

3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ И ДРУЗЬЯМИ

Члены семьи и друзья могут быть важными союзниками в терапии пациентов с ПРЛ. Их поддержка, помогающая пациенту не бросать терапию, имеет большое значение. Мой опыт показывает, что инвалидирующие семьи и друзья часто считают, что люди должны сами решать свои проблемы независимо от их серьезности. не прибегая к помощи терапевта. В частности, родители зачастую категорически настроены против участия детей в терапевтических программах. Отношение к терапии может резко отличаться в зависимости от культурной и классовой принадлежности. Другие родственники и друзья готовы активно участвовать в терапевтической программе. Главная роль терапевта в каждом из этих случаев — помочь пациенту эффективно взаимодействовать со своим социальным окружением в том. что касается его проблем, терапии и потребностей; оценивать противоречивые советы относительно терапии и решения проблем; самостоятельно принимать компетентные решения.

Консультирование родственников и друзей

Тяжелый опыт для терапевта — жалобы членов семьи или друзей пациента (или. например, соседки по комнате), которые страдают от его поведения. Очень часто они хотят получить от терапевта совет по поводу того, что делать или как решить определенную проблему с пациентом. Иногда им нужен отчет об успехах терапии или подтверждение квалификации терапевта. (Это особенно вероятно в том случае, если за консультацией обращаются родители или лица, которые оплачивают терапию.) Или же терапевту могут звонить близкие пациенту люди, которые опасаются суицидальных действий с его стороны. Общий принцип здесь таков: терапевт может получать информацию (особенно если присутствует суицидальный риск). предоставлять информацию о себе (например, об образовании и квалификации) и общую информацию о ДПТ и ПРЛ. Однако он не разглашает информацию о пациенте или о проводимой с ним индивидуальной психотерапии. Терапевт может помочь людям, которые к нему обращаются, справиться со своими проблемами и чувствами, но не помогает им взаимодействовать с пациентом в его отсутствие.

Звонки от родственников и друзей требуют от терапевта особой деликатности. Надменность по отношению к членам семьи и другим близким пациенту людям или их игнорирование скорее отталкивают пациента от терапии, чем привлекают. Как правило, лучше всего в начале каждой беседы с родственниками или друзьями пациента объяснять, что терапевт не имеет права раскрывать информацию о пациенте. Терапевт должен ясно дать понять, что отказ от предоставления информации объясняется терапевтическими принципами, а не какими-то характеристиками обращающихся за консультацией людей.

Хотя терапевт может выслушать рассказ о трудностях родственников и знакомых пациента, консультации с окружением пациента всегда проходят с его участием. Поэтому в случае отсутствия пациента терапевт может посоветовать родственникам и знакомым, как устроить консультацию, в которой они заинтересованы, но не рассказывает, как помочь пациенту. Иногда терапевт может выразить сочувствие и прибегнуть к отражению эмоционального дистресса, о котором сообщают друзья или родственники. Главное для терапевта — сосредоточить беседу на том, кто звонит, и на терапевте, но не на пациенте или терапии.

Пациента следует уведомить о звонке, ознакомить с содержанием беседы и обсудить его. Терапевт должен сообщить звонящему о том, что расскажет об их разговоре пациенту.

Проведение сеансов семейной терапии

Как уже упоминалось в этой главе, ДПТ не используется для работы с пациентами младше 15 лет. При работе с молодежью (особенно совершеннолетними и свободными от родительской опеки индивидами) отношение к семье пациента определяется подходом консультирования пациента. Если терапевт считает, что общение с семьей пациента может быть полезным для терапии, такой вариант предлагается наравне с другими способами решения проблем, которые пациент может выбрать и применить. Сеансы семейной терапии не противоречат принципам ДПТ и иногда могут быть предписаны терапевтом (подробнее об этом — в главе 15). Однако психотерапевтические сеансы с членами семьи в отсутствие пациента не соответствуют принципам ДПТ. Хотя терапевт и помогает пациенту понимать реакции значимых для него членов окружения, он заключает контракт только с пациентом и работает только на пациента, а не на других людей. Во время встречи с членами семьи или другими значимыми членами окружения пациента терапевт также помогает участникам занять позицию понимания и валидации по отношению к пациенту. Терапевт знакомит участников с положениями ДПТ, обсуждает потребность в валидации и формировании необходимых навыков.

Аргументы против подхода консультирования пациента

Подход консультирования пациента сильно отличается, а иногда представляет собой прямую противоположность поведению, которого традиционно ждут от психиатров и психотерапевтов. Более того, этот подход требует значительных затрат времени. Он также кажется (по крайне мере, внешне) несоответствующим системному подходу, в том числе диалектическому. Эти аргументы обсуждаются ниже вместе с моими контраргументами в пользу подхода консультирования пациента.

Терапевтические традиции

Бытует традиционное представление о том, что терапевты должны обмениваться со своими коллегами информацией об истории, диагнозах, принимаемых медикаментах, реакциях на терапию, текущем состоянии пациентов и другими данными, которые могут быть полезны для работы с пациентами на данном этапе. Даже когда пациенты способны рассказывать о себе и отстаивать собственные интересы, терапевты, согласно сложившемуся мнению, должны обмениваться информацией и консультироваться с другими специалистами, работающими с данными пациентами. ДПТ слегка отступает от этих терапевтических традиций. Разница между ДПТ и традиционной психотерапией иллюстрируется аргументами двух видов — клиническими и эмпирическими.

Клинический аргумент. Традиции коллегиального поведения в психотерапии основаны на модели медицинского лечения. Консультации по отдельному клиническому случаю и предоставление информации и рекомендаций в медицине необходимы, поскольку среднестатистический пациент, проходящий медицинское лечение, неспособен точно и грамотно передать сложную медицинскую информацию новому врачу. Когда пациент-сердечник поступает в реанимацию, информированность врача реанимации относительно его анамнеза и принимаемых им медикаментов — вопрос жизни и смерти.

Проблема возникает тогда, когда правила медицинского лечения физических болезней переносятся на психологическое лечение поведенческих расстройств. Хотя пациенты могут быть неспособны дать квалифицированный отчет о состоянии и функционировании своих внутренних органов, большинство индивидов (включая пациентов с ПРЛ) в состоянии вполне адекватно рассказать о своем поведенческом функционировании. В зависимости от типа терапии можно также ожидать, что пациенты сумеют вразумительно описать план своей терапии, хотя они редко являются специалистами в этой области. Когда цель заключается в том, чтобы повысить способности индивида контролировать собственное поведение и управлять своей жизнью, ситуация меняется: пациент либо становится лучшим специалистом в вопросах собственного поведения, либо должен стать таковым. Подход консультирования пациента рассчитан на то, чтобы сделать пациента таким специалистом, если он им еще не стал.

Конечно, иногда пациент может, описывая свою терапию, намеренно искажать информацию, чтобы добиться желаемого лечения. И, как уже упоминалось, когда непосредственный результат очень важен, а пациент неспособен или не может эффективно действовать в своих интересах, терапевт должен переключаться со стратегий консультирования пациента на стратегии средовых интервенций. Однако, как показывает мой клинический опыт, многие терапевты и формы терапии не придают должного значения потенциальным способностям пациента и преувеличивают тенденцию пациентов с ПРЛ к искажению и манипуляциям в собственных целях. Слишком часто и слишком много делают за пациентов. Индивиды с ПРЛ часто считаются более хрупкими или более склонными к манипуляциям, чем есть на самом деле. Зачастую терапевт вмешивается, когда пациент может и должен сам вмешаться в свое окружение. Пациенты, проходящие нашу программу, отмечают, что наиболее терапевтический аспект лечения — это наша вера в способности па-

циентов, противопоставленная обычному неверию других людей (включая самого пациента). Мы доверяем им, когда многие их обвиняют.

Эмпирический аргумент. Самый сильный аргумент в пользу подхода консультирования пациента, рекомендуемого ДПТ, — эмпирические доказательства того, что ДПТ вообще и стратегии консультирования пациента в частности представляют собой эффективное средство терапии ПРЛ. Хотя стратегии консультирования пациента могут не иметь непосредственного отношения к результатам терапии, нельзя игнорировать тот факт, что в целом ДПТ доказала свою эффективность. В настоящий момент мне не известны какие-либо эмпирические данные, которые доказывали бы вред или неэффективность стратегий консультирования пациента.

Требования к специалистам

Применение подхода консультирования пациента может требовать довольно много времени. Часто легче сделать что-то за человека, чем шаг за шагом сопровождать его, помогая ему действовать самостоятельно. Удачный пример — сравнение терапевтов с родителями, которые в спешке носятся по супермаркету, скупая продукты, а пациентов — с ребенком, который совсем недавно встал на ножки и только учится ходить. Родителям проще взять ребенка на руки и нести, чем ждать, пока ребенок будет осторожно и неуверенно переставлять свои неокрепшие ножки. Иногда обучение требует бесконечного терпения. Делать *за* кого-то порой легче, чем делать *для* кого-то. Хотя ДПТ направлена на то, чтобы уделять достаточно времени необходимым вещам, иногда терапевту приходится проявлять прагматизм и "брать ребенка (пациента) на руки".

Например, пациентка может обратиться в отделение срочной психиатрической помощи, пригрозить самоубийством и потребовать немедленной госпитализации. Зная, что пациентку много раз принимали на стационарное лечение при подобных обстоятельствах, но госпитализация не приносила ей пользы, нужно подумать и решить, следует ли снова ложить ее на лечение. Выяснить подробную историю пациентки в такой ситуации может быть трудно; гораздо удобнее получить нужную информацию от пациентки или ее терапевта. Если пациентка отчаянно хочет госпитализации, она может скрыть информацию о прошлых случаях госпитализации и их последствиях. Поэтому разумным решением будет связаться с индивидуальным терапевтом пациентки и попросить информацию и терапевтические рекомендации относительно нее. Ожидается, что терапевт предоставит такую информацию. Однако диалектико-поведенческий терапевт не предоставляет такую информацию в каждом случае, но и не отказывает каждому, кто заинтересован в такого рода информации. Подобное отношение может настроить специалиста против терапевта, в то время как пациентка нуждается в нем как в своем союзнике. Обычное решение в таком случае — обсудить ситуацию с пациенткой, объяснив ей, что у другого специалиста нет времени на оценку ее случая, а затем, с разрешения пациентки, предоставить информацию, необходимую для дальнейших действий другого специалиста. При этом терапевт обычно не говорит другому специалисту, следует ли госпитализировать пациентку или не следует, хотя и может объяснить свою политику относительно госпитализации вообще и госпитализации данной пациентки, в частности.

Изменение системы

Как нужно строить терапию, когда индивид живет в неблагополучном окружении? Должен ли терапевт стремиться к тому, чтобы сделать окружение более безопасным? Следует ли изымать индивида из опасного окружения, если оно не поддается изменениям? Или терапия должна быть направлена на то, чтобы научить индивида обеспечить свою безопасность, оставаясь в неблагополучном окружении? Каждый из этих подходов имеет свои преимущества; каждый из них в определенный момент может быть единственно приемлемым. Однако философия ДПТ подчеркивает последний из них — обучение пациента тому, как обеспечить собственную безопасность. Выражаясь терминами феминистической терапии, подчеркивается необходимость наделения пациента полномочиями.

Роль терапевта в ДПТ заключается в том, чтобы показать пациенту, как можно изменить систему (включая систему ДПТ). Подход средовых интервенций, образно выражаясь, — это "вверх ногами", а не "вниз головой". Когда это невозможно — например, система слишком агрессивна, не хочет или не может измениться, — пациенту помогают выйти из системы. Хотя терапевт может пытаться изменить профессиональные или другие системы, он это делает для всех пациентов, а не для кого-то одного из них. Поощряется стремление пациентов достичь разумного контроля над собой и своей жизнью, а затем работать над улучшением системы.

СТРАТЕГИИ СУПЕРВИЗИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТА

Супервизия и консультирование терапевта — одна из основных составляющих ДПТ, а не дополнительное лечение. Консультирование терапевта, являясь группой терапевтических стратегий, уравновешивает стратегии консультирования пациента, которые обсуждаются выше. ДПТ, с этой точки зрения, определяется как *система* терапии, в которой 1) терапевт применяет ДПТ к пациентам, 2) супервизор или консультативная группа по обсуждению клинических случаев применяют ДПТ к терапевту. Супервизор или консультативная группа по обсуждению клинических случаев обеспечивает диалектическое равновесие терапевтов в их взаимодействии с пациентами.

Консультирование терапевта в ДПТ выполняет три основные функции. Во-первых, супервизор или консультативная группа по обсуждению клинических случаев помогают удержать каждого индивидуального терапевта в рамках терапевтических отношений. В этом случае цель консультирования терапевта — поддерживать и ободрять его. Во-вторых, супервизор или консультативная группа по обсуждению клинических случаев обеспечивают баланс для терапевта в его отношениях с пациентом (рис. 13.1). Обеспечивая равновесие, консультанты могут смещаться в на-

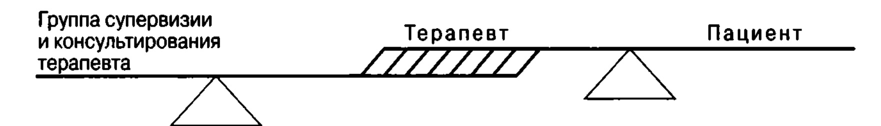


Рис. 13.1. Отношения группы супервизии и консультирования с терапевтом и пациентом в ДПТ

правлении терапевта, помогая ему сохранять сильную позицию. Или же консультанты могут смещаться от терапевта, заставляя его приближаться к пациенту для поддержания равновесия. В-третьих, при программном применении ДПТ группа супервизии и консультирования обеспечивает терапевтический контекст. По сути, основа ДПТ — взаимодействие сообщества пациентов с ПРЛ с сообществом терапевтов, а также взаимодействие внутри этих сообществ.

Необходимость в супервизии и консультировании терапевта

Как я уже упоминала, ДПТ была разработана и впервые применена в контексте клинического эксперимента. Насыщенная и длительная подготовка терапевтов, внимательное наблюдение за отдельными пациентами и консультации всех терапевтов относительно применения терапии к возникающим клиническим проблемам — неотъемлемые составляющие любого клинического исследования. Однако супервизия и консультирование терапевта изначально рассматривались как дополнение по отношению к терапевтическому процессу. Я считала, что расширенные супервизия и консультирование терапевта будут излишни вне контекста экспериментального исследования или после завершения подготовки терапевтов. Искажения обратной связи со стороны терапевтов и пациентов в ходе проведения эксперимента постепенно убедили меня в том, что роль супервизии и консультирования терапевта в неэкспериментальной терапии важнее, чем мне казалось.

Я пришла к убеждению, что эффективная терапия большинства пациентов с ПРЛ едва ли возможна без супервизии или консультирования терапевта. Меня удивило, как много очень хороших терапевтов в конце концов начинают проводить неэффективную терапию или допускать серьезные ошибки при работе с данной категорией пациентов. В клинических условиях — например, стационарных отделениях и учреждениях здравоохранения — терапевты иногда действовали почти в таком же "пограничном" стиле, как и их пациенты. Терапевты зачастую занимают радикальные позиции; инвалидируют друг друга и своих пациентов; обвиняют пациентов не меньше, чем они сами обвиняют себя; уязвимы к критике или иной обратной связи со стороны других людей по поводу проводимой ими терапии; их отношения друг с другом хаотичны и часто характеризуются "расколом персонала"; они бросаются из одной крайности в другую: то чувствуют себя одинокими, сломленными, обессилевшими, испытывают гнев и враждебность к пациентам или другим специалистам, то переполнены энергией, уверенностью в своих силах, оптимизмом. Хотя нетрудно понять, почему возникают такие паттерны, терапевты часто предъявляют к себе завышенные требования — добиться улучшений при отсутствии контекста или коллектива, который поддерживает изменения. Почему развиваются упомянутые паттерны? На то есть несколько причин.

Во-первых, пациенты в целом демонстрируют три вида наиболее стрессогенного поведения (суицидальные попытки, суицидальные угрозы и враждебность) (*Hellman, Morrison, & Abramovitz, 1986*). Кроме того, пациенты постоянно сообщают терапевту о своих невыносимых страданиях, усугубляя стресс последнего. К тому же при работе с пограничными пациентами терапия прогрессирует гораздо медленнее, чем при работе с другими категориями пациентов, даже с использованием самых эффективных терапевтических методов. Пациенты требуют от терапевта не-

медленной помощи и угрожают самоубийством, если не получают ее. Стресс для терапевтов был бы не таким сильным, если бы они могли оказать пациентам немедленную помощь, но обычно это невозможно. В конце концов у терапевтов развивается чувство собственной некомпетентности, неумелости и беспомощности, особенно в ситуациях, в которых они прилагают огромные усилия к тому, чтобы добиться успеха. У них возникает тенденция к "обвинению жертв", они начинают бессистемно перескакивать с одного терапевтического метода на другой или заниматься паллиативной* деятельностью, которая помогает пациентам на какое-то время почувствовать облегчение, но вредит им в долгосрочном плане. Если все это не приносит ожидаемых результатов, терапевт часто непрямыми методами побуждает пациента бросить терапию (например, уверяя пациента в том, что он еще не готов к терапии) или заканчивает работу с ним преждевременно.

Во-вторых, пациенты часто ненамеренно подкрепляют неэффективную и наказывают эффективную терапию. По крайней мере, так часто бывает, когда терапевты пытаются применить ДПТ. При индивидуальной психотерапии индивид зачастую не хочет обсуждать целевое поведение — парасуицид, препятствующее терапии поведение и поведенческие паттерны, серьезно затрудняющие жизнь индивида. Если пациент поступает таким образом, он хочет "по душам" поговорить о своих чувствах или поведении терапевта, но не анализировать свое поведение или заниматься более адаптивным решением проблем. Борьба, возникающая в результате, обычно оказывает на терапевта негативное влияние. Терапевту удобнее позволить пациенту вести сеанс, чем преодолевать его сопротивление, зачастую это даже интереснее. При тренинге навыков пациенты хотят обсудить свои текущие проблемы, а не осваивать новые навыки. Когда же пациенты переходят к новым поведенческим навыкам, то начинают критиковать их за недостаточную эффективность. Ведущий тренинга навыков может в такой ситуации подумать: "А стоит ли мне так напрягаться?" Если же специалист выйдет из себя, структура тренинга навыков нарушится, важные аспекты могут быть полностью проигнорированы. Если поведение пациентов доведет ведущего тренинга навыков до состояния фрустрации, он может махнуть рукой на тренинг навыков и просто "плыть по течению".

В-третьих, пациент предстает как человек не только нуждающийся в поддержке, но и способный опекать терапевта. Пациенты часто считают, что быть в дружеских отношениях с терапевтом отвечает их интересам; создаются все условия для того, чтобы терапевт переключился на обсуждение себя и своих личных проблем. Это может привести к смене ролей, когда пациент становится терапевтом для терапевта. В своей клинике я проводила консультации по случаям, когда пациенты одалживали терапевтам деньги для того, чтобы те внесли их за недвижимость; ухаживали за терапевтами на дому, когда те болели; утешали терапевтов, которых бросали супруги; работали своих терапевтов секретаршами и домработницами. При работе с пограничными пациентами терапевту легко убедить себя в том, что даже сексуальная близость будет иметь терапевтическое значение.

Стратегии супервизии и консультирования терапевта описаны в следующих разделах и обобщаются в табл. 13.3.

---

* Паллиативный (фр. *palliatif* от лат. *palliare* — прикрывать) — имеющий характер полумеры, приносящий лишь временное облегчение. — *Примеч. ред.*

Таблица 13.3. Стратегии супервизии и консультирования терапевта

Регулярное посещение терапевтом СОБРАНИЙ по супервизии и консультированию.

Заключение и соблюдение терапевтом СОГЛАШЕНИЯ по супервизии и консультированию:

- терапевт занимает диалектическую позицию, стремясь к синтезу всех точек зрения, высказанных во время собрания по супервизии и консультированию;
- терапевт консультирует пациента, как взаимодействовать с другими специалистами, но не учит своих коллег, как действовать по отношению к пациенту;
- терапевт принимает поведение других специалистов ДПТ, даже когда оно представляет для пациента новые правила или неожиданные требования, как недостатки, которые пациент может обратить в достоинства;
- терапевт принимает личные границы других специалистов, даже если они отличаются от его собственных, и помогает своим коллегам соблюдать их границы;
- терапевт стремится к позитивным, эмпатическим в феноменологическом отношении интерпретациям поведения пациента;
- терапевт принимает тот факт, что всем людям свойственно ошибаться.

Терапевт применяет стратегию НАПРАВЛЯЮЩЕГО ОБОДРЕНИЯ к другим терапевтам:

- терапевт раскрывает незаметный другим прогресс в поведении пациента;
- терапевт помогает своим коллегам найти ресурсы для работы с их пациентами;
- терапевт помогает своим коллегам составлять планы, исправлять ошибки в терапии и терапевтических отношениях.

Помощь другим специалистам в поддержании ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ в их установках и поведении по отношению к пациентам; терапевт также уравновешивает принятие и изменение в реакциях на своих коллег.

При втягивании терапевта в "раскол персонала" он принимает на себя определенную ответственность; терапевт помогает разрешать такого рода проблемы по мере их возникновения.

Терапевт адекватно реагирует на неэтичное или деструктивное поведение своего коллеги.

Терапевт сохраняет конфиденциальность информации о других терапевтах или пациентах.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт обвиняет пациента в "расколе персонала";
- терапевт начинает выискивать "правых" и "виноватых" при несогласии своих коллег по терапевтическому коллективу;
- терапевт настаивает на "правильности" своих интерпретаций поведения пациента или притязает на обладание абсолютной истиной;
- терапевт учит других специалистов, как реагировать на пациента, вмешиваясь за него;
- терапевт настаивает на необходимости единообразия в интерпретации правил, установлении границ и взаимодействии с пациентом; терапевт критикует несогласных;
- терапевт критикует границы своих коллег;
- терапевт обижается или слишком чувствительно воспринимает негативную обратную связь;
- терапевт неоправданно критичен по отношению к другим специалистам и забывает о валидации.

1. СОБРАНИЯ ПО СУПЕРВИЗИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ТЕРАПЕВТА

Формы супервизии и консультирования терапевта

То, как терапевт задействован в супервизии и консультировании и кто их осуществляет, почти полностью зависит от условий работы и нагрузки. Терапевт, занимающийся частной практикой, может договориться о супервизии с более опытным терапевтом, коллегой одного с ним уровня (взаимная супервизия) или посещать консультативную группу специалистов своего уровня (группа взаимного консультирования). Обычно это нетрудно устроить в крупных городах, но требует некоторой изобретательности при работе в сельской местности (например, некоторые

терапевты проводят консультативные конференции по телефону). В учреждениях здравоохранения, дневном стационаре, стационарных отделениях собрания по супервизии и консультированию ДПТ могут проводиться как еженедельные собрания терапевтического коллектива или же как особое консультативное собрание ДПТ.

Частота и продолжительность собраний зависят от количества присутствующих и количества историй пациентов, которые подлежат обсуждению. В моей клинике собрания обычно проводятся каждую неделю и длятся два часа. Когда я ввела индивидуальные консультации для частных терапевтов, собрания обычно проводились раз в две недели и продолжались около часа. Сама я обычно обсуждаю свою работу с пациентами с консультантом или группой не реже двух раз в месяц. Хотя для проведения собрания необходимо минимум два участника, диалектический подход гораздо легче применять с тремя или больше участниками. Как только образуются разные полюса, третий участник, действуя в качестве наблюдателя, может увидеть возможность синтеза.

Повестка дня

При индивидуальном консультировании повестка дня, конечно же, устанавливается тем специалистом, который нуждается в консультации. На консультативных собраниях специалистов одного уровня и на собраниях группы, а также на собраниях по обсуждению клинических случаев в институциональных или программных условиях возможны различные форматы. Важное место в повестке дня занимают следующие вопросы.

1. Каждый терапевт должен иметь возможность обсуждать любые проблемы, которые возникают при работе с определенным пациентом. Сюда может относиться определение того, на какие аспекты поведения пациента должна быть направлена терапия в данный момент; выбор или внедрение терапевтических стратегий; реакция на проблемное поведение пациента; совладание терапевта с собственными чувствами или установками по отношению к пациенту или терапии. Каждый терапевт должен представить обзор хотя бы одного клинического случая (пусть даже кратко) и в нескольких словах сделать отчет о состоянии каждого пациента. Роль членов группы или консультанта в этом случае заключается в том, чтобы помочь терапевту четко осознать, как следует определить пациента, отношения с ним и необходимые изменения в терминах ДПТ и как адекватно применить терапию.
2. У ведущих тренинга навыков должна быть возможность рассказать индивидуальному терапевту о том, какие навыки осваивает пациент в данное время, а также осветить любые проблемы, с которыми пациенты сталкиваются при обучении навыкам. Индивидуальные терапевты могут давать информацию относительно трудностей пациентов при овладении навыками и особых аспектов поведенческой компетентности и некомпетентности пациентов. Это возможность для специалистов, занимающихся индивидуальной психотерапией и тренингом навыков, обменяться информацией о пациентах и обсудить свои терапевтические планы. Подобные принципы применяются при взаимодействии с другими формами лечения (например, профессиональной реабилитацией, индивидуальным управлением), которые могут быть частью программы ДПТ. Поскольку

ДПТ не требует строгой последовательности и соответствия, необходимости в согласии членов терапевтического коллектива нет. Однако диалектические принципы требуют попытки достижения синтеза противоположных позиций, если они озвучиваются. Вся группа помогает ведущему тренинга навыков и индивидуальному терапевту или же индивидуальному "управляющему" и индивидуальному терапевту достичь такого синтеза.

3. В условиях учреждения здравоохранения или клиники либо когда терапия представляет собой составляющую программы ДПТ, должны приниматься и обсуждаться институциональные решения. Цель — достичь синтеза относительно того, как реагировать на институциональные проблемы (хотя, опять-таки, абсолютной необходимости в согласии нет). Примером может быть пациентка, которая уходит на тренинг навыков и пинает ногами панели на стенах клиники, пробивая дыры, или действует каким-либо другим образом, срывая сеансы индивидуальной психотерапии. Каковы границы, принятые в данной организации? С чем готов мириться директор клиники или отделения, а с чем нет? Кто обязан следить за соблюдением границ? Кто должен рассказывать пациентам о необходимости соблюдения границ и последствиях их нарушения? Обычно индивидуальный терапевт пациента отвечает за повседневное индивидуальное управление, включая разъяснение границ учреждения. Однако координация (насколько она возможна) проводится на собраниях ДПТ. Нередко пациенты обращаются непосредственно к другим членам терапевтического коллектива, включая руководителя. Это также обсуждается терапевтическим коллективом.
4. Все терапевты должны иметь возможность обсудить любые случаи непонимания или проблемы, сопровождающие применение ДПТ. В этой ситуации составляющие ДПТ можно сравнить с конституцией, а лечащую группу — с Верховным судом. Члены группы обсуждают, как применить общие правила к конкретным ситуациям.
5. Для терапевтов и другого персонала, который осваивает ДПТ, будет очень полезно выделить какое-то время для того, чтобы обсудить принципы ДПТ в целом. На каждом собрании своей группы я отвожу первые полчаса на рассмотрение какого-то аспекта ДПТ. Это может иметь большое значение для формирования культуры ДПТ в терапевтическом коллективе. Нельзя недооценивать важность культивирования и поддержания общей философии и терапевтического подхода.

2. СОБЛЮДЕНИЕ СОГЛАШЕНИЙ ПО СУПЕРВИЗИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ТЕРАПЕВТА

Соглашения терапевта по супервизии и консультированию обсуждались в главе 4 и обобщаются в табл. 13.3. Важность этих соглашений трудно переоценить. В совокупности они образуют договор, на основе которого проходят собрания. Взаимная открытость и отсутствие агрессии, как необходимые характеристики участников собрания, просто невозможны, если нет общей почвы для взаимопонимания.

В некоторых учреждениях и условиях проведения терапии необходимость общего основания может привести к дилемме. Различные теоретические ориентации, философии терапии, нехватка времени и бюрократические препоны могут охлаждать желание персонала объединяться вокруг стратегий ДПТ супервизии и

консультирования терапевта и применять их. Например, в некоторых стационарных отделениях индивидуальные терапевты применяют терапию, основанную на других теоретических подходах, не участвуют в собраниях персонала и не входят в штат отделения. (Естественно, в такой ситуации ДПТ применяется только частично, поскольку основу терапии формирует индивидуальная психотерапия.) Или же программа терапии ПРЛ может проводиться в одном из отделений более крупной клиники наряду с другими терапевтическими программами различной теоретической ориентации. Когда небольшая группа диалектико-поведенческих терапевтов работает в контексте более широкой организации, ДПТ-ориентированный персонал должен периодически проводить собрания, координировать лечение и следовать соглашениям по супервизии и консультированию. Те, кто применяет другие терапевтические программы, — например, индивидуальные терапевты, работающие в стационарных отделениях (о которых говорилось выше) — рассматриваются как вспомогательные по отношению к специалистам ДПТ. В некоторых случаях весь персонал настроен против применения ДПТ. В этой ситуации следует искать возможности синтеза между теми, кто применяет ДПТ, и теми, кто не применяет. Диалектико-поведенческие терапевты, по крайней мере, должны соблюдать соглашения ДПТ. Поляризация ДПТ и не-ДПТ противоречит принципам диалектической поведенческой терапии.

3. НАПРАВЛЯЮЩЕЕ ОБОДРЕНИЕ

Работа с пограничными пациентами может легко деморализовать терапевта. Источники деморализации могут быть самыми разными. Иногда прогресс пациента настолько медленный, что терапевт его не замечает. Иногда терапевт "за деревьями не видит леса". Роль супервизора и членов консультативной группы по обсуждению клинических случаев — выявить и подчеркнуть тот небольшой прогресс или изменения, достигнутые пациентом. Напоминание о том, что медленный прогресс характерен для пациентов с ПРЛ, и о случаях терапии других пациентов, которые тоже казались безнадежными, но в конце концов успешно завершили терапию, также входит в обязанности консультантов. Необходимость подобных регулярных напоминаний может сохраняться в течение длительного времени. Как-то я работала с пациенткой, при каждой встрече с которой чувствовала себя полнейшей неудачницей. Каждую неделю я отправлялась на консультативное собрание по обсуждению клинических случаев, говоря себе, что пациентку нужно направить к другому специалисту или отослать обратно в больницу; мне было ясно, что я не могу ей помочь. И каждый раз ведущий тренинга навыков отмечал какое-то очень незначительное, но позитивное изменение в состоянии пациентки. Воодушевленная и полная сил, я возвращалась к работе с пациенткой. После года небольших изменений, которые накапливались, как капли воды, даже я смогла увидеть прогресс пациентки, и ее состояние уже меня не деморализовало.

Из-за крайне тяжелой среды, в которой приходится жить пациентам с ПРЛ, они часто чувствуют беспомощность и отчаяние по поводу изменения своего положения, и при работе с ними у терапевта могут опуститься руки. Особую сложность для терапии в нашей клинике представляют финансовые затруднения пациентов. Например, многие пациенты теряют право на пособие на медицинское обслужи-

вание, если устраиваются на работу. Однако постоянные проблемы со здоровьем заставляют их бросать работу, чтобы вновь получить право на пособие на медицинское обслуживание. Живя на социальное пособие, эти пациенты не только чувствуют себя полными неудачниками, но и получают такие гроши, что порой не в состоянии оплачивать терапию. Если пациенты хотят учиться, они зачастую не имеют достаточно денег, чтобы оплатить учебу, и только очень немногие пациенты могут совмещать работу и получение образования. Или же пациентам может быть показана самостоятельная жизнь, но по финансовым соображениям они не могут себе этого позволить. Многим из наших пациентов едва хватает средств, чтобы оплатить транспортные расходы на поездки к терапевту и домой, поскольку им приходится снимать жилье на окраинах, где оно дешевле. Переезд подальше от неблагополучной семьи или в более перспективный район часто невозможен. Терапевты таких пациентов должны не только не терять надежды, но и проявлять находчивость и изобретательность перед лицом тех трудностей, которые выпадают на долю даже самых приспособленных к жизни индивидов. Задача консультантов — следить за тем, чтобы терапевт проявлял необходимую находчивость и изобретательность.

Иногда терапевты приходят в отчаяние не из-за пациентов, а из-за собственных ошибок. Как я уже упоминала, терапевтам очень трудно работать с пограничными пациентами. Эмоциональное воздействие ошибок, допущенных при работе с пограничными пациентами, может быть очень сильным, и терапевты могут переживать глубокий стресс. Хотя замечать собственные ошибки полезно, чрезмерное чувство вины из-за допущенных просчетов вряд ли поможет. Обычно эти терапевты начинают осуждать себя (т.е. не используют навыки психической вовлеченности) и сравнивают свое терапевтическое поведение с поведением какого-то несуществующего идеального терапевта. Роль консультантов в этом случае заключается в том, чтобы использовать валидацию и стратегии решения проблем для помощи терапевтам в более адаптивном реагировании на трудности терапии. Обычно лучшей стратегией супервизии и консультирования терапевта будут согласованные усилия, направленные на помощь клиницисту в разработке плана обращения явных недостатков в достоинства. Способность к конструктивному исправлению ошибок имеет очень важное значение для терапевта.

4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ

Главная задача супервизии и консультирования терапевта состоит в обеспечении диалектического равновесия для каждого терапевта, чтобы удержать его в рамках диалектической терапии. При жестком, поляризованном, экстремальном поведении пациента терапевту может быть очень трудно сохранять гибкость. Когда пациент проявляет агрессию по отношению к терапевту, отказывается сотрудничать или регрессирует, вместо того чтобы прогрессировать, терапевты нередко бросаются в крайность — отстраняются от пациента, отвечают агрессией на агрессию или хотят отказаться от пациента. Часто случается, что на собраниях моего терапевтического коллектива терапевт говорит: "Я готов убить эту пациентку; что говорит на этот счет ДПТ?" Члены терапевтического коллектива принимают вызов. Они валидируют позицию терапевта и работают над разрешением проблемы. Члены терапевтического коллектива применяют стратегии ДПТ друг к другу.

Если пациент переживает парализующий его способности кризис, считает себя неспособным справиться с проблемой, терапевт нередко сдвигается к противоположному краю диалектических "качелей" и становится чересчур заботливым. Такой терапевт приходит на собрание терапевтического коллектива и говорит: "Я готов убить каждого из вас, кто плохо обращается с моей пациенткой; что говорит по этому поводу ДПТ?" Задача терапевтического коллектива ДПТ в этом случае — признать обоснованность реакции терапевта и найти контраргумент, который поможет ему занять более уравновешенную позицию. Группа применяет стратегии ДПТ к терапевту.

Очень важно, чтобы супервизоры и консультанты помнили парадокс ДПТ: изменение может произойти только в контексте принятия. Поэтому важная роль консультантов — выявить обоснованные реакции терапевта и рассмотреть их на консультативном собрании по обсуждению клинических случаев. Задача консультантов включает также помощь терапевту в проведении адекватных изменений в терапии, чтобы она была максимально эффективной для пациента. Иногда консультанты встают на сторону пациента, защищая его позицию перед жестким терапевтом. В других случаях они думают о долговременных последствиях и отстаивают необходимость решительных мер.

Консультативная группа по обсуждению клинических случаев в контексте клиники или другой программы обычно располагает двумя источниками информации о пациенте и его терапии. Один из источников — обзор данного случая, сделанный терапевтом, второй — взаимодействие терапевта с другими членами программы. На основании всей доступной информации группа применяет стратегии ДПТ, помогая каждому терапевту принять себя и изменить терапевтические стратегии таким образом, чтобы добиться максимальной эффективности. Используя выражение моей коллеги Келли Кернер, члены терапевтического коллектива ДПТ действуют с "сердечной беспощадностью" — как удерживая терапевта в рамках ДПТ, так и помогая пациентам.

Работа над проблемой "раскола персонала"

"Раскол персонала", как уже упоминалось, это известное явление, при котором специалисты, занимающиеся терапией пограничных пациентов, начинают спорить и ссориться из-за пациента, терапевтического плана или поведения других специалистов по отношению к пациенту. Ответственность за разногласия среди специалистов затем перекладывается на пациента, которого обвиняют в разногласиях: отсюда выражение "раскол персонала".

Например, наша группа работала с пациенткой стационара, которую готовили к выписке. Один из членов группы проводил диагностическое интервью с пациенткой, когда вмешалась медсестра стационара. Она полагала, что в интервью нет необходимости. Позже мы узнали, что специалист стационара, который занимался пациенткой, считал поведенческую терапию в данном случае неэффективной. Пациентка и члены моей группы возмутились. Затем стационар направил пациентку на амбулаторную терапию в той же клинике, запретив ей проходить мою программу. Теперь возмутилась руководитель амбулаторного отделения — ведь направление из стационара фактически отказывало ей в праве разработать собственный

план терапии пациентки. На собрании персонала решили, что пациентка действительно страдала ПРЛ, поскольку ей удалось "расколоть" персонал еще до того, как она покинула стационар.

В ДПТ споры среди членов персонала и различия в точках зрения, традиционно связанные с "расколом персонала", рассматриваются как неудачи синтеза и ошибки в межличностных процессах персонала, а не как проблемы пациента. Персонал "раскалывается" сам. Мнение о том, что в "расколе" виноват пациент, подозрительно напоминает тип мышления, который терапевты хотят изменить у своих пациентов, когда те винят в своих проблемах других людей или внешние события. В ДПТ членов персонала побуждают использовать свои межличностные навыки и решать подобные проблемы по мере их возникновения. Различные мнения терапевтов относительно пациента рассматриваются как диалектические полюса с потенциально равнозначной обоснованностью. Таким образом, начало диалога между членами персонала — признание того, что возникла поляризация, а также имплицитное (если эксплицитное невозможно) допущение, что разрешение противоречий требует стремления к синтезу.

Имеется множество факторов и несколько сценариев "раскола персонала". В большой степени "раскол" связан с тем фактом, что отношения терапевтов к пациентам колеблются примерно так же, как отношения пациентов к терапевтам — от идеализации до полного пренебрежения. "Волновая структура" установок определяется колебаниями от одной крайности (мнение о том, пациент прилагает недостаточно усилий) к другой (что пациент слишком хрупок и слаб, мир слишком жесток к нему и персоналу следует проявлять больше заботы и внимания). Один распространенный сценарий включает два фактора. Во-первых, интенсивность страданий и их выражение пациентом вызывает столь же сильное желание помочь пациенту и избавить его от боли. Неспособность добиться этого вызывает глубокое чувство неудачи и тревоги, особенно когда пациент сообщает о своих страданиях через суицидальные угрозы. Во-вторых, разные терапевты, работающие с одним и тем же пациентом, относятся к нему по-разному; эти разные установки асинхронны и представляют собой противоположные точки "волны". Схема такого состояния представлена на рис. 13.2 как различие установок члена персонала *А* и члена персонала *Б*. Интенсивность "раскола" зависит как от силы выражения своих страданий пациентом, так и степени дискомфорта терапевта, вызванного страданиями пациента. ДПТ решает эту проблему, находя возможность синтеза "жесткой" и "мягкой" позиций. На рис. 13.2 показано, что член персонала *В* мог бы помочь членам персонала *А* и *Б* достичь синтеза.

Второй сценарий относится к жалобам пациента одному специалисту ("хороший терапевт") на ужасное поведение другого ("плохой терапевт"). Если "хороший терапевт" находится на точке волны мягкого отношения к пациенту, ему особенно легко возмутиться поведению "плохого терапевта". Эта тенденция усиливается, когда положение серьезное (например, при суицидальности пациента), а "плохой терапевт" находится на точке жесткого отношения к пациенту. Опять-таки, ДПТ разрешает такую ситуацию путем нахождение синтеза. Супервизор или консультативная группа по обсуждению клинических случаев находит основания как обоснованности жалоб пациента, так и обоснованности поведения обвиняемого

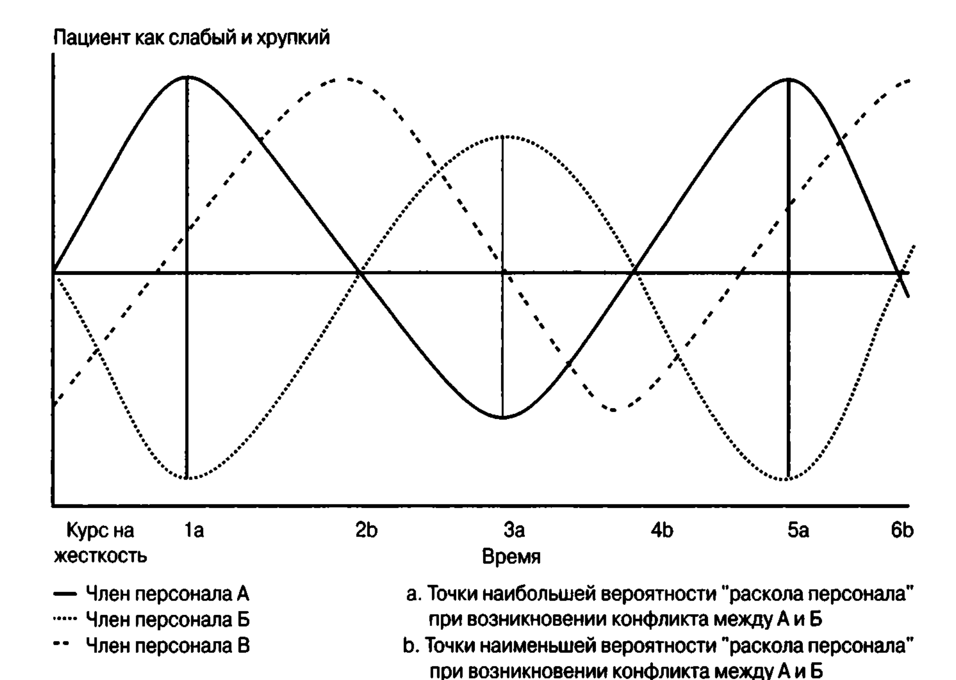


Рис. 13.2. Схема возможного сценария "раскола персонала". Волновая картина установок разных членов персонала относительно пациента

терапевта. Обидчивость "плохого терапевта", конечно же, не способствует нахождению синтеза. В такой ситуации поможет соглашение о подверженности терапевта ошибкам (терапевты могут ошибаться) и соглашение о феноменологической эмпатии (терапевты пытаются взглянуть на ситуацию глазами пациента).

Неэтичное или деструктивное поведение терапевта

Подход супервизии и консультирования терапевта основан на допущении о том, что все терапевты, работающие в терапевтическом коллективе, отвечают по крайней мере минимальным требованиям компетентности, этичности, а также конструктивно относятся к критике. Эти соглашения основаны на взаимном уважении. Терапевту трудно валидировать поведение другого специалиста, если он его не уважает, или открыто обмениваться мнениями со специалистом, который чересчур чувствителен к критике. Иногда член терапевтического коллектива или консультативной группы может иметь серьезные проблемы, которые мешают его работе, допускать серьезные нарушения этических норм или продолжать деструктивные отношения. Пациенты могут высказывать одному терапевту серьезные обвинения в адрес другого терапевта. Обычно эти проблемы сначала рассматриваются в частном порядке, индивидуальным супервизором или вне собраний терапевтического коллектива. Можно обращаться непосредственно к индивидуальному терапевту или консультироваться с руководителем. Серьезные обвинения и терапевтические нарушения нельзя оставлять без внимания.

Конфиденциальность информации

За одним только исключением, все консультации конфиденциальны. Информация о пациентах, конечно же, конфиденциальна; однако, что столь же важно, информация терапевтов о себе также конфиденциальна. Единственное исключение — пациентов ставят в известность, что их обсуждают на собраниях по супервизии и консультированию. По просьбе пациента индивидуальный терапевт может посчитать нужным сообщить пациенту (в разумных пределах) о содержании обсуждения, если такая информация окажет положительное влияние на отношения пациента с другими терапевтами или если обратная связь поможет пациенту в совершенствовании своих навыков. Однако следует помнить и открыто признавать возможность искажений при передаче информации.

Заключение

Для некоторых терапевтов практическое применение стратегий индивидуального управления в ДПТ представляет наибольшую трудность. Подход ДПТ несколько противоречит общепринятому. Большинство терапевтов усвоили принципы, прямо противоположные тем, которые я отстаиваю. Мои коллеги и я разрабатывали эти стратегии и принципы в течение нескольких лет, работая с пограничными пациентами в рамках клинического эксперимента. Некоторые из этих принципов были первоначально применены потому, что этого требовал эксперимент. Например, мы не могли бесконтрольно использовать госпитализацию амбулаторных пациенток, поскольку велся учет времени, проведенного ими в стационаре. Были введены различные пояснения и оговорены исключения, если мы обнаруживали границы той или иной терапевтической стратегии и понимали, когда нужно допускать изменения. Я сама удивилась тому, что многие стратегии, которые были разработаны исключительно для эксперимента, показали свою клиническую эффективность. Те из них, которые оказались действенными, были сохранены и стали частью ДПТ.

Подход супервизии и консультирования терапевта изначально был необходим для проведения эксперимента. Мне нужно было удостовериться в том, что все терапевты действительно придерживались намеченной программы. Однако когда мы начали проводить тренинг навыков для большого количества пациентов, которые проходили индивидуальную психотерапию, я узнала, как много терапевтов работали без поддержки консультативных групп по обсуждению клинических случаев. Я также проконсультировалась со многими терапевтами, которые обращались ко мне за помощью по поводу терапевтических проблем; как я уже упоминала, меня удивило, что компетентные в других отношениях терапевты могли допускать серьезные ошибки при работе с пограничными пациентами. Консультируя стационарные отделения и учреждения, я снова и снова замечала необходимость супервизии и консультирования терапевтов в учреждениях различного типа. Я считаю, что неспособность получения и предоставления необходимых консультаций и поддержки вытекает из неспособности признать важность контекста и средовых событий в формировании поведения, включая терапевтическое. Терапевтическое поведение требует контекста, который подкреплял бы его. Законы человеческого поведения, которые распространяются на наших пациентов, точно так же распространяются на их терапевтов.

IV

Стратегии для выполнения особых задач

14

Стратегии структурирования

Стратегии структурирования относятся к тому, как начинается и заканчивается в целом ДПТ и отдельный психотерапевтический сеанс. Они также относятся к тому, как терапевт распоряжается временем на разных этапах терапии и на протяжении психотерапевтического сеанса.

Основная задача на начальном этапе ДПТ — разработать терапевтический контракт, основанный на сотрудничестве. Основная цель при завершении ДПТ — подготовить пациента к жизни без ДПТ и ориентировать его на то, чего он может ждать от терапевта и терапевтического коллектива после окончания формальной терапии.

Основной акцент в начале и конце отдельных сеансов делается на создании эмоциональной атмосферы, которая позволит пациенту открыто общаться с терапевтом во время сеанса и которая защитит пациента, насколько это возможно, от неконтролируемых отрицательных эмоций после сеанса. Время сеанса при индивидуальной психотерапии структурируется соответственно иерархии целей ДПТ (ослабление суицидального поведения; ослабление препятствующего терапии поведения; ослабление поведения, снижающего качество жизни; усиление поведенческих навыков; снижение посттравматического стресса; повышение самоуважения; достижение индивидуальных целей). Структура сеанса в других формах терапии (например, тренинг навыков, телефонные консультации и т.д.) определяется целевыми приоритетами определенного режима взаимодействия. (Структурирование тренинга навыков обсуждается в "Руководстве по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности".)

Речь идет не о новых стратегиях принятия или изменения. Как и в случае стратегий индивидуального управления, стратегии структурирования сосредоточены на подлежащих выполнению задачах; таким образом, стратегии структурирования усиливают и интегрируют имеющиеся стратегии, а не создают нечто принципиально новое. Диалектические стратегии и основные стратегии валидации и решения проблем образуют стержень стратегий структурирования.

КОНТРАКТНЫЕ СТРАТЕГИИ: НАЧАЛО ТЕРАПИИ

Первая задача при встрече с потенциальным пациентом — его ориентация на ДПТ и разработка начального терапевтического контракта. В дальнейшем этот контракт ляжет в основу будущей терапии.

Контрактные стратегии используются при первых нескольких встречах с пациентом, чтобы ознакомить его с сущностью ДПТ; сориентировать на то, чего от него будут ожидать и чего он может ожидать от терапевта; как и почему должна действовать терапия. Цель — добиться обязательств пациента и терапевта к сотрудничеству. Контрактные стратегии представляют собой применение стратегий ориентирования и обязательств (которые относятся к решению проблем, описанному в главе 9) в начале терапии. Применение этих стратегий возобновляется, если пациент 1) нарушает терапевтический контракт или угрожает его нарушить (например, говорит, что бросит тренинг навыков); 2) угрожает суицидом или парасуицидом; 3) предъявляет нереалистичные требования или имеет несбыточные ожидания по отношению к терапевту; 4) испытывает трудности или не может адекватно использовать терапию (например, не звонит терапевту даже тогда, когда это уместно, боясь ему помешать). Таким образом, терапевтический контракт переделывается и заключается снова и снова. Конкретные контрактные стратегии обобщаются в табл. 14.1 и обсуждаются ниже.

Таблица 14.1. Контрактные стратегии

Проведение ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ:

- терапевт использует структурированное диагностическое интервью (например, *SCID-II*, *DIB-R*);
- терапевт удостоверяется в том, что пациент собирается проходить терапию по своей воле.

Знакомство пациента с БИОСОЦИАЛЬНЫМ ПОДХОДОМ к проблемам жизни в целом и пограничными поведенческими паттернами в частности:

- терапевт представляет пациенту функциональный, направленный на решение проблем подход к неадаптивному (особенно парасуицидальному) поведению;
- терапевт представляет пациенту модель неадаптивного поведения как результат дефицита навыков.

ОРИЕНТИРОВАНИЕ пациента на ДПТ с особым акцентом на ее философии:

- ДПТ — поддерживающая терапия;
- ДПТ — поведенческая терапия;
- ДПТ — когнитивная терапия;
- ДПТ ориентирована на навыки;
- ДПТ уравновешивает принятие и изменение;
- ДПТ требует отношений сотрудничества.

Помощь пациенту в ОРИЕНТИРОВАНИИ СВОЕГО СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ на ДПТ.

Обсуждение ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОГЛАШЕНИЙ И ГРАНИЦ:

- терапевт обсуждает требующиеся от пациента соглашения:
  — проходить терапию в течение установленного срока:
- терапевт договаривается о продолжительности предварительного терапевтического контракта;
- терапевт объясняет пациенту требования к продлению контракта;
  — посещать психотерапевтические сеансы:
- терапевт договаривается о частоте и продолжительности психотерапевтических сеансов с пациентом и выясняет предпочтения последнего по этому вопросу;
- терапевт сообщает пациенту, что *тому нужно посещать еженедельные сеансы индивидуальной психотерапии и тренинга навыков. Объясняется правило исключения из программы в случае четырех про*пусков подряд;
  — работать над ослаблением суицидального поведения;
  — сотрудничать с терапевтом:

Таблица 14.1 (окончание)

- терапевт предоставляет пациенту информацию о том, какие виды поведения уместны во время психотерапевтических сеансов и вне их ("Плохое настроение — не причина для пропусков психотерапевтических сеансов");
- посещать тренинг навыков;
  — терапевт обсуждает соглашения по исследовательской работе и оплате терапии:
- терапевт объясняет пациенту условия эксперимента;
- терапевт договаривается с пациентом об оплате терапии;
- терапевт обсуждает требуемые соглашения со своей стороны:
  — делать все возможное (в разумных пределах), чтобы оказать пациенту эффективную помощь в достижении необходимых изменений;
  — соблюдать обычные этические нормы;
  — быть доступным для пациента (в разумных пределах);
  — уважать пациента;
  — сохранять конфиденциальность:
- терапевт обсуждает условия нарушения конфиденциальности при суицидальном поведении высокой степени риска;
  — получать терапевтическую консультацию в случае необходимости;
- терапевт обсуждает условия телефонных контактов и записи психотерапевтических сеансов на пленку.

Использование СТРАТЕГИЙ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ, чтобы "привязать" пациента к ДПТ, особенно это касается задачи ослабления парасуицидального поведения:

- после тщательного взвешивания всех "за" и "против" терапевт берет на себя обязательство работать с пациентом.

ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА основных видов целевого поведения:

- парасуицидального поведения;
- истории лечения в прошлом, в том числе каждого случая досрочного прекращения терапии;
- серьезных проблем, ухудшающих качество жизни;
- реакции посттравматического стресса (на втором этапе терапии).

Начало формирования ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ:

- терапевт отслеживает взаимоотношения с пациентом во время контрактных сеансов;
- терапевт проявляет свою квалифицированность, надежность и компетентность:
  — терапевт демонстрирует ненапряженный, заинтересованный, профессиональный стиль общения;
  — терапевт раскрывает информацию о своей профессиональной подготовке и опыте работы;
  — поведение терапевта располагает к доверию.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт не проводит анализ на предмет ПРЛ; он ставит диагноз "на глаз", руководствуясь субъективными ощущениями;
- терапевт начинает терапию, не заручившись предварительными обязательствами со стороны пациента;
- терапевт не заинтересован в принятии обязательств и действует в этом плане формально; терапевт потакает идее пациента о том, что перед обязательствами следует "поработать" с проблемами или эмоциональными страданиями пациента;
- терапевт пропускает или сокращает контрактные стратегии в пользу текущего кризиса, а впоследствии не возвращается к этим стратегиям;
- терапевт обещает пациенту такую терапию, которую не сможет и/или не хочет обеспечить.

1. ПРОВЕДЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Если не было проведено структурированное диагностическое интервью, первая задача контрактного этапа — провести его и выяснить подробную поведенческую и психиатрическую историю. Особое внимание уделяется тому, проходил ли пациент психотерапию прежде. В нашей клинике используется структурированное

клиническое интервью *DSM-III-R*, ось II (*SCID-II*; *Spitzer & Williams, 1990*), а также переработанная версия диагностического интервью для пограничных пациентов (*DIB-R*; *Zanarini et al., 1989*).

Для того чтобы проходить ДПТ, пациенты должны соответствовать некоторым требованиям. Самое важное из них — добровольное участие в программе. ДПТ требует, как минимум, возможности отношений сотрудничества; продолжение отношений с терапевтом может использоваться лишь как позитивный причинно-следственный фактор, когда пациент хочет участвовать в терапевтической программе. Однако причинно-следственное управление вряд ли возможно, если пациент проходит терапию принудительно. Назначенное по решению суда лечение допустимо, если пациент согласится продолжать терапию даже в том случае, когда терапевт добьется отмены решения.

Мой опыт показывает, что лучше всего работать с пациентами, проживающими в том районе города, где находится клиника. Тем пациентам, которым нужно долго добираться до места проведения терапии (более часа на транспорте), а также иногородним пациентам будет трудно получить социальную поддержку и ресурсы, необходимые для перенесения связанного с терапией стресса. Из-за трудностей такие пациенты могут бросить терапию. Еще одна характеристика пациентов, необходимая для прохождения групповой терапии, — способность сдерживать враждебность к другим людям. Группы пациентов с ПРЛ, включающие открыто враждебных индивидов, функционируют гораздо хуже, учитывая высокую эмоциональную восприимчивость и поведенческую пассивность участников.

В ходе эксперимента, демонстрирующего эффективность ДПТ, пациентов проверяли на наличие активного психоза и органических психических расстройств. Для неэкспериментального применения ДПТ такая проверка необходима только в той мере, в которой значительные когнитивные повреждения, такие как неспособность распределять внимание или усваивать понятия, лежащие в основе поведенческих навыков, мешают пациентам пользоваться преимуществами тренинга навыков. Алкогольная или наркотическая зависимость — не повод для исключения пациентов из программы, кроме тех случаев, когда пациент не может получить пользу от терапии до устранения зависимости. В принципе, ничего не мешает модифицировать ДПТ для терапии прежде всего алкоголизма или наркомании. Однако несколько наших пациентов были направлены на краткосрочное стационарное лечение для избавления от алкогольной зависимости, прежде чем приступить к ДПТ.

2. ЗНАКОМСТВО С БИОСОЦИАЛЬНЫМ ПОДХОДОМ К ПОГРАНИЧНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

На первых нескольких сеансах терапевту следует познакомить пациента с диалектической биосоциальной точкой зрения на парасуицидальное поведение и ПРЛ (глава 2). Суицидальное поведение должно быть представлено как попытка страдающего человека разрешить свои жизненные проблемы. Таким образом, нет принципиального различия между суицидальным поведением и другими видами неадаптивного поведения, кроме высокого риска летального исхода. Хотя функции парасуицидального поведения могут меняться с течением времени, в разных ситуациях и для разных индивидов, некоторые функциональные характеристики парасуици-

дального поведения присущи большинству суицидальных индивидов. Эти характеристики нужно описать пациенту и обсудить их вместе с ним. Лучше всего, если эта дискуссия примет форму сократического диалога, в котором пациент сам приходит к выводам и формулирует многие функции парасуицидального поведения. Терапевт должен постараться представить функции парасуицида как присущие многим людям, не подразумевая при этом, что пациент непременно такой же, как другие индивиды. В этом контексте также очень важно объяснить пациенту природу функциональных отношений парасуицидального поведения и результатов. Как я упоминала в главах 9 и 10, пациенты нередко истолковывают такие функциональные отношения в том смысле, что индивид осознанно добивается определенных целей с помощью парасуицидального поведения. Поэтому терапевт должен объяснить пациенту, что определенная взаимосвязь между поведением и его результатом не обязательно означает, что человек сознательно (или неосознанно) стремится к такому результату. С другой стороны, нужно помочь пациенту понять, что такие последствия могут подкреплять парасуицидальное поведение — даже в том случае, если пациент не хочет этого. Терапевт может значительно повысить уверенность пациента, специально обращаясь к этой теме в самом начале, поскольку пациент, несомненно, слышал от значимых членов окружения о том, что суицидальное поведение — осознанное и манипулятивное. Эта проблема подробно обсуждалась в главах 1 и 9.

Пациента следует также познакомить с моделью развития пограничного поведения из сочетания эмоциональной дисрегуляции и инвалидирующего окружения (об этом — в главе 2). Опять-таки, следует представлять модель пациенту с помощью сократического диалога, добиваясь от него подтверждения или опровержения своих утверждений. Хотя ДПТ основана на строгой теоретической модели, задача контрактной фазы (и далее на протяжении всей терапии) — развивать и модифицировать теорию таким образом, чтобы она соответствовала индивидуальным особенностям пациента.

В это время полезно написать на доске список навыков, которых не хватает большинству индивидов с ПРЛ (этот материал дается в "Руководстве по тренингу навыков..."). Хотя ту же информацию пациенту представляют на тренинге навыков, ее дублирование в разных формах ДПТ принесет только пользу. После описания структуры каждого навыка полезно обсудить взаимозависимость навыков — в юмористической или немного драматической форме. Это поможет пациенту осознать и оценить причины своего чувства фрустрации, сопровождающего попытки развития одного комплекса навыков, когда он не обладает вторым комплексом навыков, необходимым для обучения первому.

Например, поскольку пациент не в состоянии переносить отрицательно подкрепляющее окружение, он вряд ли сможет научиться самоконтролю. Любая эффективная программа по обучению самоконтролю должна проводиться последовательно и медленно, поэтому требует перенесения неблагоприятных условий в течение какого-то времени. Конечно, если бы пациент обладал навыками самоконтроля, ему было бы намного легче переносить отрицательно подкрепляющее окружение. Недостаточная устойчивость по отношению к неблагоприятным условиям зачастую объясняется мнением пациента, что ситуация никогда не улучшится, потому что он не может ее изменить. Подобным образом обучение контролю собственных эмоций

зависит от обладания навыками самоконтроля, необходимыми для освоения навыков эмоциональной регуляции. Однако применение такого плана на практике затрудняется дефицитом тех самых навыков эмоциональной регуляции. Чрезвычайно интенсивные эмоции мешают запомнить, какие действия следует предпринимать, поэтому пациент испытывает неизбежный соблазн проигнорировать хорошо продуманный план поведенческого управления в пользу быстродействующих, но неадаптивных средств, позволяющих избавиться от болезненного аффекта.

Как показывают эти примеры, терапевт легко может продемонстрировать пациенту взаимозависимость поведенческих навыков. Полезно указать пациенту на то, что его поведенческая недостаточность во многих аспектах — это просто случайное стечение обстоятельств. Хотя при этом пациента следует обнадежить и заверить, что он сможет восполнить такую недостаточность, подобное объяснение способно помочь пациенту понять свое чувство фрустрации. Это понимание должно сделать процесс формирования навыков ДПТ менее болезненным для пациента.

3. ОРИЕНТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА НА ТЕРАПИЮ

Первые несколько психотерапевтических сеансов включают ориентирование пациента на ДПТ, в том числе введение в роль. Цель такого введения — предоставить пациенту адекватную информацию о его роли и о роли терапевта. Содержание информации, которую следует предоставить пациенту, описано ниже. Последовательность предоставления информации можно менять. Опять-таки, по ходу дискуссии рекомендуется подвести пациента к тому, чтобы он сам сформулировал большую часть материала, поэтому здесь необходимы минимальные дидактические умения.

Следует доступно и подробно описать пациенту терапию в целом, а также количество, форму и содержание сеансов. Кроме того, нужно объяснить пациенту следующие характеристики философии ДПТ.

1. *ДПТ — поддерживающая терапия.* Диалектико-поведенческий терапевт ориентирован на то, чтобы поддерживать пациента в его попытках как ослаблять суицидальное поведение, так и повышать качество его жизни. В этом отношении диалектико-поведенческий терапевт будет стараться помочь пациенту понять его собственные положительные качества и сильные стороны, а также будет поощрять его к развитию этих характеристик и использованию их для улучшения качества жизни. Следует объяснить пациенту, что ДПТ — не программа предотвращения суицида; ДПТ направлена на достижение удовлетворенности пациента своей жизнью.
2. *ДПТ — поведенческая терапия.* Главной направленностью терапии является помощь пациенту а) в обучении анализу своих проблемных поведенческих паттернов вместе с вызывающими их событиями и их функциональными характеристиками и б) в обучении замене неадаптивного поведения адаптивным.
3. *ДПТ — когнитивная терапия.* Терапия также направлена на то, чтобы помочь пациенту изменить убеждения, ожидания и допущения, которые он усвоил из своего опыта пребывания в другом окружении, но которые перестали быть полезными или эффективными. Кроме того, терапия поможет пациенту изучить и изменить, если это необходимо, свой стиль мышления, особенно тенденцию

делить все на “черное” и “белое” и склонность к излишней критичности (особенно по отношению к себе).

4. *ДПТ ориентирована на навыки.* Как структурированный тренинг навыков, так и индивидуальная психотерапия рассчитаны на то, чтобы обучать пациентов новым навыкам и развивать те возможности, которыми они уже обладают. По крайней мере, в контексте структурированного тренинга навыков подчеркивается психическая вовлеченность, межличностная эффективность, перенесение дистресса, самоконтроль и навыки эмоциональной регуляции. Индивидуальная психотерапия направлена на помощь пациенту в интеграции изучаемых навыков в повседневную жизнь.
5. *ДПТ уравновешивает принятие и изменение.* Терапия сосредоточена на помощи пациенту в развитии большей выносливости к болезненным чувствам, негативно подкрепляющему окружению, неопределенности и медленному темпу изменений в целом. Постоянной темой терапии будет разрешение противоречий, которые возникают из-за того, что внимание уделяется одновременно усилению навыков и устойчивости к реальности. Нередко полезно обращать внимание пациента на то, что он часто колеблется между двумя противоречивыми позициями; при этом можно получить несколько подтверждающих примеров от самого пациента. Например, пациент может подтвердить, что переходит от оптимизма к безнадежности, от независимости к подчиненности, и т.д.
6. *ДПТ требует отношений сотрудничества.* ДПТ требует, чтобы пациент и терапевт работали как одна команда для достижения целей пациента. Для этого необходимо не только стремление пациента закончить терапию, но и постоянная работа пациента и терапевта над своими отношениями, чтобы они способствовали прогрессу терапии, а не мешали ему. Поэтому терапия направлена в основном на то, чтобы помочь и пациенту, и терапевту приспособить характерные для них стили межличностного поведения к потребностям терапевтических отношений на данном этапе.

4. ОРИЕНТИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ТЕРАПИЮ

При начальной диагностической оценке терапевт собирает информацию о межличностном окружении пациента и всех видах полученной им терапии, медицинской и психологической. Обязанность терапевта — позаботиться о том, чтобы пациент сориентировал как социальное, так и терапевтическое окружение на ДПТ и свое участие в ней. Если позволяет характер терапевтических отношений, могут быть очень полезны встречи терапевта и пациента с одним или несколькими членами окружения пациента. Это может быть особенно важно при работе с чрезвычайно суицидальными пациентами, когда оповещение окружения о высоком суицидальном риске почти всегда показано. (Вовлечение окружения в предотвращение суицидального поведения подробнее обсуждается в главе 15.) Подобные встречи с представителями окружения также дают терапевту возможность сориентировать окружение на стратегии консультирования пациента, которые обсуждаются в главе 13. Это нужно для того, чтобы дать окружению теоретическое представление о ДПТ и собрать дополнительную информацию о пациенте и его социальной среде.

5. ОБСУЖДЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОГЛАШЕНИЙ И ГРАНИЦ

Соглашения пациента и терапевта

Следует подробно обсудить соглашения пациента и соглашения терапевта, описанные в главе 4. Для проведения ДПТ необходимо согласие пациента по шести пунктам: начать терапию и не бросать ее; посещать психотерапевтические сеансы; работать над ослаблением суицидального поведения; работать над ослаблением препятствующего терапии поведения; посещать тренинг навыков, выполнять обязательства по экспериментальной деятельности и оплате. В свою очередь, требуется и согласие терапевта по шести следующим пунктам: всемерно заботиться об эффективности своей деятельности; соблюдать этические нормы; быть доступным для пациента; оказывать пациенту уважение; сохранять конфиденциальность; получать консультации в случае необходимости. Эти соглашения способствуют практическому осмыслению философии ДПТ, которая обсуждалась выше. Обоснование этих соглашений дается в главе 4, поэтому я не буду повторяться.

Возможность телефонного контакта

На первом сеансе пациенту следует дать телефонные номера, по которым можно связаться с терапевтом и службами скорой психиатрической помощи. Необходимо обсудить границы в отношении звонков терапевту. Если при этом пациент говорит, что он не может звонить терапевту, терапевт должен объяснить ему ориентацию ДПТ на телефонные консультации. Терапия не может ограничиваться рамками индивидуальной психотерапии и тренинга навыков. Поэтому иногда пациенту необходимо звонить терапевту для получения особых практических наставлений, особенно в кризисных ситуациях, когда пациент склонен к суицидальному или иному опасному неадаптивному поведению. Другие стратегии, связанные с контактом по телефону, обсуждаются в главе 15.

Запись психотерапевтических сеансов

Если психотерапевтические сеансы записываются на пленку, пациентов следует об этом уведомлять. ДПТ рекомендует запись как сеансов индивидуальной психотерапии, так и занятий по тренингу навыков; нужно объяснять пациенту роль этих записей в терапевтическом процессе. Если прослушивание записей в промежутках между сеансами требуется терапевтическим планом, терапевт должен позаботиться о том, чтобы у пациента был магнитофон. Роль записей психотерапевтических сеансов в ДПТ и проблемы, которые могут быть с ними связаны, обсуждаются в главе 11.

6. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕРАПИИ

Формальная терапия может начаться только тогда, когда пациент и терапевт придут к соглашению о совместной работе, пациент обязуется придерживаться своих соглашений, терапевт — своих. Важность этого условия невозможно переоценить. Стратегии обязательств, описанные в главе 9, служат основным средством достижения и укрепления приверженности пациента процессу и целям ДПТ. Пока пациент не взял на себя соответствующих устных обязательств, терапевт не должен перехо-

дить к обсуждению каких-либо других тем. Не следует делать экскурс в прошлое пациента, чтобы найти ключ к его "сопротивлению", не следует обсуждать эмоциональные страдания или хаос в жизни пациента, чтобы получить представление о том, почему он не может принять на себя обязательств в данное время; не нужно говорить "по душам" об отношениях с терапевтом (кроме тех случаев, когда проводится начальная ориентация и обоюдная оценка), чтобы понять, может ли пациент работать с данным специалистом. Это очень важно, поскольку пациенты иногда упираются и отказываются от одного или нескольких обязательств ДПТ, объясняя это своей неготовностью или неспособностью на данном этапе. В то же время они выражают свое отчаяние настолько интенсивно, что терапевт очень хочет помочь им как можно быстрее.

Несмотря на отчаяние пациента (а иногда и терапевта), при отказе соблюдать шесть упомянутых выше соглашений терапевт должен с пониманием отнестись к аргументам пациента, но твердо настаивать на том, что без соблюдения соглашений терапия невозможна. Терапия, начатая без необходимых обязательств пациента, напоминает машиниста, которому не терпится поскорее отправиться в путь, и он выезжает со станции до того, как к тепловозу прицепят вагоны с пассажирами. Какая разница, насколько быстро движется тепловоз, если вагоны с пассажирами остались на станции? Пациентам с ПРЛ обычно очень трудно взять на себя обязательства по работе над ослаблением парасуицидального и суицидального поведения. Как добиться принятия этих обязательств, обсуждается в главах 9 и 15, и я не буду повторяться.

Иногда терапевт настолько сосредоточивается на задаче принятия обязательств пациентом, что забывает подумать о том, будет ли его терапия более или столь же эффективной, как имеющиеся альтернативные способы лечения, и действительно ли он хочет заниматься терапией данного пациента. Когда индивиды приходят на терапию, переживая кризис, будучи готовыми к каким-либо обязательствам, очень легко впасть в соблазн воспользоваться их состоянием и не дать им возможности все обдумать и взвесить, как того требует принятие обязательств. Популистские обещания с легкостью привлекают отчаявшихся пациентов, но терапевту будет трудно от них отказаться, не причинив пациенту серьезного вреда. Как правило, не стоит говорить о продолжении терапии на первом сеансе. Обычно я говорю потенциальному пациенту, что мы используем два или три первых сеанса, чтобы присмотреться друг к другу и определить, сможем ли мы работать вместе и смогу ли я заняться терапией тех проблем, с которыми пришел данный пациент. В промежутках между сеансами я размышляю над тем, могу ли и хочу ли я предложить данному индивиду потенциально эффективную терапию. Если да, то на втором или третьем сеансе принимаются соответствующие обязательства. Если нет, я помогаю индивиду найти альтернативную терапевтическую программу. Иногда мне приходилось предлагать потенциальному пациенту пройти альтернативное лечение (например, избавление от алкогольной зависимости или структурированную, долгосрочную программу стационарной ДПТ), а затем приходить ко мне.

7. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ЦЕЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

На первых нескольких сеансах терапевт должен провести подробный поведенческий анализ каждого серьезного случая парасуицидального поведения, который может вспомнить пациент. Следует проанализировать и серьезные проблемы в истории лечения. Обычно я подробно анализирую каждый случай преждевременного прекращения терапии. При переходе ко второму этапу терапии (или если работа с пациентом начинается с этого этапа) следует провести тщательный анализ реакций посттравматического стресса. При этом терапевту может потребоваться сначала идентифицировать различные паттерны, а затем отобрать один-два случая в рамках каждого паттерна для более глубокого анализа. Акцент должен делаться на стрессовых реакциях настоящего, а не прошлого. Принципы проведения такого анализа описаны в главе 9. Если терапия проходит в условиях эксперимента, проводимая в рамках эксперимента диагностика может служить направляющей для такого анализа. Однако в любом случае нельзя пренебрегать анализом для ускорения терапевтического вмешательства. Этот анализ не только жизненно необходим для получения информации и выяснения паттернов, но и помогает пациенту осмыслить свое поведение ни как “ненормальное”, ни как “плохое” (подробнее об этом — в главе 9).

8. НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Отслеживание взаимоотношений с пациентом во время контрактных сеансов

Важная задача первых контрактных сеансов — начать формирование позитивных межличностных отношений. Эти сеансы дают возможность как пациенту, так и терапевту проанализировать проблемы, которые могут возникнуть при установлении и поддержании терапевтического альянса. Сеансы, посвященные оценке и выработке соглашений, служат примером отношений пациента и терапевта и могут использоваться для прогнозирования будущих отношений. Отношения, возникающие на сеансах, изменчивость реакций и подобные параметры подлежат внимательному наблюдению и документальной фиксации для последующего анализа.

Проявление терапевтом квалифицированности, надежности и компетентности

Квалифицированность, надежность и компетентность можно проявлять различными способами. В целом многие стратегии и техники ДПТ могут применяться для того, чтобы выражение этих качеств терапевта стало более убедительным. Квалифицированность может проявляться посредством таких межличностных стилистических характеристик, как респектабельная одежда; заинтересованный и спокойный вид; комфортная, но выражающая внимание поза; связная и уверенная речь; подготовленность к психотерапевтическому сеансу. Терапевт может также назвать свою научную степень или должность, принадлежность к соответствующей организации, рассказать об академическом опыте и клиническом опыте работы с ситуациями и терапевтическими методами, подобными данным. Ощущение надежности терапевта обеспечивается такими его характеристиками, как ответственность, последовательность и предсказуемость. Особенно важную роль для суицидального пациента играют воспринимаемые мотивы и намерения терапевта в проведении терапии. Поэтому очень важно уделить внимание таким аспектам, как

выполнение соглашений, своевременное начало сеансов и выражение заинтересованности в пациенте как личности, а не как клиенте или объекте исследования.

Доверие к терапии и терапевту повысится, если терапевт обеспечит пациенту позитивный, глубокий опыт во время нескольких первых психотерапевтических сеансов. Например, обучение пациента методике релаксации или снижения эмоционального возбуждения во время сеанса иногда может значительно повысить веру пациента в терапевта. Применение стратегий кризисного выживания (они описаны в "Руководстве по тренингу навыков...") может оказать примерно такой же эффект.

Препятствия

Я описывала контрактные стратегии довольно упрощенно; у читателя может сложиться впечатление, что терапия действительно переходит от одной стратегии к другой, как это изображено в моей книге. Однако зачастую происходит совсем не так. Особенно это касается ситуаций, когда пациент приходит на терапию в состоянии глубокого кризиса, опасной суицидальности или с настолько сильно препятствующим терапии поведением, что ничего нельзя добиться без его модификации. Терапевту может понадобиться долгосрочное применение модели кризисного вмешательства (она описана в главе 15) в самом начале терапии. В таком случае следует выделить дополнительное время на начальном этапе терапии (обычно достаточно одного сеанса), чтобы ознакомить пациента с азами терапии и добиться минимальных необходимых обязательств. Такая ориентация и принятие пациентом обязательств должны предшествовать дальнейшей терапии. Формальную диагностическую оценку удобнее всего проводить коллеге или другому терапевту клиники. Возможно, представление биосоциальной теории ДПТ, оценку основных видов целевого поведения, выяснение истории пациента и ориентацию социального окружения нужно будет включать в терапию позже.

Приведу пример. Пациентку направили ко мне на амбулаторную терапию после трех суицидальных попыток (очень близких к летальному исходу) в течение последних девяти месяцев. Во всех трех случаях пациентка пыталась перерезать артерии на шее. Кроме того, в предыдущем году она 12 раз принимала яд и нанесла себе столько ожогов, что требовалась пересадка кожи. На первом сеансе она обязалась работать над этими видами деструктивного поведения, но сразу после этого опять стала разрываться между жизнью и самоубийством. Пациентка могла обещать только то, что приложит все силы и постарается не наложить на себя руки, когда почувствует суицидальные побуждения. (Диссоциативные состояния пациентки осложняли ситуацию; она утверждала, что в таком состоянии не может контролировать свое поведение.) Поскольку у пациентки было почти постоянное желание умереть и частые суицидальные порывы, терапия по-прежнему была сосредоточена на том, чтобы помочь ей сохранить жизнь и избежать серьезных увечий. Я часто повторяла пациентке, что мы займемся ее проблемами и познакомимся поближе, как только она сможет обуздать свое суицидальное поведение. Для этого потребовалось три месяца непрерывной работы, в том числе госпитализация и рассмотрение альтернативных терапевтических программ. Когда суицидальный риск наконец-то снизился, я приступила к выяснению истории и начала проводить оценку пациентки, что обычно делается в начале терапии.

Второй пример касается пациентки, с которой в нашей клинике работал терапевт-мужчина. (Терапевта-женщины, с которой предпочла бы работать пациентка, не было; альтернативного лечения, к сожалению, мы подобрать не смогли.) Пациентка согласилась на терапию, взяла на себя необходимые обязательства, и сразу после этого ее охватил сильный страх оттого, что ее терапевтом будет мужчина. Через две недели проявился устойчивый паттерн: пять или шесть раз в неделю пациентка звонила и оставляла на автоответчике сообщения о том, что она не может продолжать терапию; не может работать с таким неопытным терапевтом; не может проходить такую неправильную программу; не может оставаться с такими бесчувственными людьми; не может продолжать терапию, если мы будем настаивать на одновременном тренинге навыков, и т.д. и т.п. Просьбы перезвонить отменялись в течение часа другими звонками; пациентка сообщала, что прекращает терапию и что терапевт в этом не виноват. После этого она пропускала один или два сеанса, приходила или звонила по телефону, чтобы извиниться и возобновить свои обязательства. По прошествии нескольких часов цикл начинался заново. В первые четыре месяца терапия с этой пациенткой была направлена исключительно на препятствующее терапии поведение (которое все-таки изменилось к лучшему по сравнению с предыдущей терапией, когда она с такой же частотой угрожала покончить с собой). Диагностическая оценка проводилась одним из моих коллег. Выяснение истории и оценка других целевых проблем были отложены на потом.

СТРАТЕГИИ НАЧАЛА СЕАНСА

Начало сеанса очень важно для терапии. Начало задает тон дальнейшему прохождению сеанса. Часто пациент ожидает отрицательного отношения к себе или отвержения со стороны терапевта. Иногда пациент приходит на психотерапевтический сеанс со страхом, готовый в любой момент замкнуться или убежать. Это особенно вероятно, если предыдущее общение с терапевтом было эмоционально интенсивным и носило негативный характер. Большинство пациентов с ПРЛ не усвоили, что отрицательные эмоции появляются и исчезают, что проблемы можно разрешать. Без этого негативный опыт воспринимается пациентом как катастрофа. Неизменно доброе и располагающее отношение к пациенту может постепенно научить его тому, что гнев, фрустрация, проблемы в отношениях и ошибки с его стороны не обязательно приводят к разрыву отношений или постоянному эмоциональному напряжению. В результате пациентам гораздо легче применять самоутешение, позволяющее в некоторой степени контролировать нарастание эмоций.

Здесь нужно сказать несколько слов о возможных условиях терапии. Что касается моей клиники, сеансы индивидуальной ДПТ обычно проводились в кабинете терапевта, и это обычно всех устраивало. Еще одна важная форма проведения ДПТ — телефонные консультации, о которых уже говорилось и которые будут описаны подробнее в следующей главе; стратегии средовых интервенций могут применяться *in vivo*, в реальных жизненных ситуациях. Для некоторых молодых пациентов с чрезвычайно амбивалентным отношением к терапии гибкость в формах и условиях терапии может иметь большое значение, помогая им продолжать лечение. Сеансы в необычных местах — например, в боулинг-клубах, автомобиле — могут

быть полезны в трудных фазах терапии, обеспечивая ее непрерывность. Вероятно, этого можно достичь и по-другому — терапевт просто должен ждать, пока юный пациент не придет на терапевтический сеанс; однако, учитывая условие прекращения терапии после четырех прогулов подряд, такой метод не очень надежен. Возможно также, что альтернативные места проведения терапии окажутся более естественной средой для некоторых молодых пациентов и не будут вызывать стресс.

Стратегии начала терапии обсуждаются ниже и кратко представлены в табл. 14.2.

Таблица 14.2. Стратегии начала терапии

Терапевт доброжелательно ПРИВЕТСТВУЕТ пациента, давая ему понять, что рад его видеть; терапевт начинает психотерапевтический сеанс в такой манере, которая выражает заинтересованность в пациенте и дает ему ощущение душевного тепла.
Терапевт занимается ТЕКУЩИМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ пациента, проверяя, когда это уместно, нет ли у него особых проблем, требующих рассмотрения во время сеанса.
Терапевт ИСПРАВЛЯЕТ отношения, если это необходимо, используя стратегии реципрокной коммуникации и решения проблем.

1. ПРИВЕТСТВИЕ ПАЦИЕНТА

Обычно следует приветствовать пациента тепло; в такой манере, чтобы выразить свою радость по поводу очередной встречи. Обычно при этом терапевт улыбается пациенту и, если тот пропустил один или несколько сеансов, говорит, что рад видеть его снова. Задача приветствия — с самого начала продемонстрировать расположение и уважение к пациенту.

2. РАСПОЗНАВАНИЕ ТЕКУЩЕГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

В начале сеанса очень важно распознать эмоциональное состояние пациента. Необходимо проговорить скрытые планы и намерения пациента (или терапевта) относительно содержания сеанса. Следует обратить внимание на то, какие темы пациент находит тягостными и обременительными. В начале сеанса можно составить неформальный план, чтобы обе стороны знали, какие темы подлежат обсуждению и в какой последовательности. Стратегии целеполагания, которые обсуждаются ниже, имеют решающее значение при составлении такой повестки дня.

3. ИСПРАВЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЙ

За несколькими исключениями, исправление отношений — хотя бы в краткой форме — должно предварять другую серьезную работу на психотерапевтическом сеансе. Общение "по душам" не должно заменять работу над целевыми высокоприоритетными видами поведения во время сеанса. Опасные последствия такого соблазна описаны в главе 12.

Терапевт, который испытывает двойственные чувства по поводу предстоящей встречи с пациентом, обеспокоен подлежащим обсуждению трудным материалом или все еще испытывает вызванную отношениями с пациентом фрустрацию, должен тщательно проанализировать свои чувства и решить, действительно ли он хочет разрешить конфликт с пациентом. Если нет, проблему следует обсудить на

следующем собрании по супервизии и консультированию; может потребоваться предварительная восстановительная работа с терапевтом без пациента. Если да, терапевту следует использовать стратегии реципрокной коммуникации (описанные в главе 12) и стратегии терапевтических отношений (описанные в главе 15), чтобы обсудить с пациентом свои отношения и приступить к решению проблем.

ЦЕЛЕВЫЕ СТРАТЕГИИ

Целевые стратегии относятся к тому, как терапевт структурирует время сеансов индивидуальной психотерапии и каким темам уделяется внимание. Эти стратегии были разработаны для того, чтобы реализовать акцент ДПТ на иерархической организации терапевтических целей и обеспечить обязательный для ДПТ иерархический подход со стороны терапевта. Применение стратегий целеполагания требует интеграции почти всех упомянутых ранее терапевтических стратегий. Это может быть чрезвычайно трудно на первом этапе ДПТ, поскольку и пациент, и терапевт часто не хотят заниматься целевым поведением.

Обоснование стратегий целеполагания, различные аргументы против применения этих стратегий и трудности их применения (а также потенциальные решения этих проблем) подробно обсуждались в главах 5 и 6. Стоит повторить, однако, что терапевт, игнорирующий стратегии целеполагания, отступает от ДПТ. В ДПТ *содержание* обсуждаемого столь же важно, как и *форма и манера* обсуждения. Трудности, вызванные тем, что пациент противодействует или не следует стратегиям целеполагания, должны восприниматься так же, как любое препятствующее терапии поведение; об этом будет говориться в главе 15. Терапевт, которому трудно следовать стратегиям целеполагания (что весьма вероятно), должен обсудить свои трудности на собрании по супервизии и консультированию. Наверняка у других терапевтов будут те же проблемы.

Поскольку я уже много говорила о необходимости определения целей в других разделах, не буду снова поднимать эту тему. Может быть полезно осмыслить определение целей как выработку плана сеанса. Хотя план сеанса должен быть гибким и учитывать поведение пациента за прошедшую неделю, тем не менее полезно рассмотреть план до и после сеанса. Стратегии целеполагания приводятся в табл. 14.3 и обсуждаются ниже. Хотя эти стратегии могут использоваться в любой последовательности, все они должны применяться на каждом сеансе.

Таблица 14.3. Стратегии целеполагания

АНАЛИЗ УСПЕХОВ пациента со времени предыдущего сеанса:

- на первом и втором этапах терапии терапевт демонстративно проверяет дневниковые карточки, чтобы их важность была очевидна для пациента:
  - если пациент не приносит дневниковые карточки, терапевт выясняет причины этого; при необходимости используется протокол препятствующего терапии поведения (подробнее об этом — в главе 15);
  - если пациент не приносит дневниковые карточки, терапевт спрашивает его о случаях суицидального поведения за истекшую неделю (а также о других видах проблемного поведения, которые отражены в карточке; когда это целесообразно, терапевт просит заполнить карточку прямо во время психотерапевтического сеанса);

Таблица 14.3 (окончание)

— терапевт комментирует любые необычные или проблемные реакции; подкрепляет любые аспекты поведенческого прогресса;
- терапевт осведомляется об успехах пациента при выполнении поведенческих заданий.

Использование иерархии ЦЕЛЕВЫХ ПРИОРИТЕТОВ для организации психотерапевтических сеансов:
- если пациент сообщает об эпизодах суицидального поведения (кроме периодически повторяющейся слабой суицидальной идеации), терапевт обсуждает их с использованием стратегии решения проблем; терапевт применяет протокол суицидального поведения (подробнее об этом — в главе 15):
  — если пациент очень угнетен, а суицидальная идеация слабая, и/или если побуждения к членовредительству сильны, а парасуицидального поведения не наблюдается, терапевт занимается этим сильным угнетением или побуждениями к членовредительству — терапевт валидирует важность проблем пациента, даже когда они не сопровождаются суицидальным поведением;
- если присутствует препятствующее терапии или ухудшающее качество жизни поведение, эти случаи обсуждаются, затем применяется стратегия решения проблем (в общем или применительно к терапевтическим отношениям):
  — если телефонные звонки пациента на данном этапе считаются целевым поведением или если необычные либо проблемные телефонные контакты были инициированы пациентом в течение прошедшей недели, они рассматриваются во время сеанса;
- после проведения работы с требуемыми целями (суицидальное поведение, препятствующее терапии или ухудшающее качество жизни поведение, посттравматический стресс) терапевт позволяет пациенту контролировать содержание и направленность психотерапевтического сеанса.

СОБЛЮДЕНИЕ ЭТАПОВ ТЕРАПИИ (терапевт не перескакивает с одного этапа на другой):
- терапевт возвращается к предыдущим этапам терапии, если вновь появляются связанные с ними поведенческие проблемы.

Отслеживание успехов пациента в ДРУГИХ ФОРМАХ ТЕРАПИИ:
- терапевт следит за посещаемостью и успехами пациента в тренинге навыков:
  — если пациент не посещает тренинг навыков, не выполняет домашних заданий по тренингу навыков или выражает свое недовольство в связи с данной формой терапии, терапевт анализирует эти проблемы;
  — если это целесообразно, для разрешения проблем с тренингом навыков применяется протокол препятствующего терапии поведения (подробнее об этом — в главе 15);
  — терапевт объясняет пациенту значение тренинга навыков;
  — терапевт помогает пациенту установить соотношение между освоением навыков и проблемами в повседневной жизни пациента; если это необходимо, терапевт инструктирует пациента относительно дальнейшего применения навыков;
- терапевт помогает пациенту увязать проблемы с тренингом навыков, групповой терапией или другими формами ДПТ, с одной стороны, и проблемами в повседневной жизни пациента — с другой;
- терапевт помогает пациенту увязать аспекты тренинга навыков или групповой терапии и аспекты индивидуальной психотерапии.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт не просит пациента показать дневниковые карточки;
- терапевт потворствует пациенту в его небрежном отношении к дневниковым карточкам;
- терапевт не выясняет у пациента информацию, которая должна заноситься в дневниковые карточки;
- терапевт потакает пациенту или поддается на его уговоры;
- терапевт игнорирует суицидальное поведение или уделяет ему недостаточно внимания;
- терапевт игнорирует препятствующее терапии поведение или уделяет ему недостаточно внимания;
- терапевт игнорирует ухудшающее качество жизни поведение или уделяет ему недостаточно внимания;
- терапевт следует иерархии приоритетности поведения, но забывает о сути стратегии;
- терапевт заставляет пациента рассказывать о раннем травматическом опыте еще на первом этапе терапии;
- терапевт дает пациенту понять, что он не отвечает за тренинг навыков.

1. АНАЛИЗ УСПЕХОВ ПАЦИЕНТА СО ВРЕМЕНИ ПРЕДЫДУЩЕГО СЕАНСА

Первая терапевтическая задача каждого сеанса — обсудить с пациентом его поведенческий прогресс за прошедшую неделю. На первых двух этапах ДПТ это обсуждение обычно структурируется терапевтом таким образом, чтобы получить определенную информацию о целевом поведении.

Дневниковые карточки

Я начинаю каждый психотерапевтический сеанс с простого вопроса: "Вы принесли свою дневниковую карточку?" (дневниковые карточки описываются в главе 6). Если пациент принес карточку, я просматриваю записи пациента и в зависимости от содержания определяю примерный план сеанса. Если пациент не принес карточку, я интересуюсь, вел ли он записи, почему не принес карточку и т.п. Если пациент заполнил карточку, но по каким-то причинам не принес ее с собой, я бегло расспрашиваю пациента о его записях, ориентируясь на темы карточки. Конкретные вопросы зависят от этапа терапии и нынешних поведенческих целей, хотя обычно я стараюсь охватить бóльшую часть информации карточки (парасуицидальное поведение и побуждения; суицидальная идеация и побуждения; употребление алкоголя и наркотических веществ, в том числе медикаментов; повседневные проблемы; применение поведенческих навыков и т.д.). Если пациент не заполнял карточку, я обычно даю ему бланк и прошу заполнить его при мне, а сама жду. Как я уже упоминала в главе 6, такое последовательное внимание терапевта к дневниковым карточкам, как правило, приводит к тому, что пациент рано или поздно начинает заполнять их. (Если же нет, это будет проявлением препятствующего терапии поведения и должно стать объектом еще более пристального внимания.) Обоснование необходимости дневниковых карточек, а также тактика реагирования на сопротивление как пациента, так и терапевта, обсуждаются в главах 6 и 15.

Домашние задания

Если терапевт дает домашние задания, он обязательно должен спросить о них на следующем сеансе.

2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЕРАРХИИ ЦЕЛЕВЫХ ПРИОРИТЕТОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СЕАНСОВ

Как я уже неоднократно упоминала, одной из отличительных особенностей ДПТ можно считать использование иерархии целевых приоритетов для организации терапевтического взаимодействия. Основные правила следующие. Время индивидуальной психотерапии ориентировано на нынешнее поведение пациента (поведение со времени предыдущего сеанса), приоритетность определена иерархией поведенческих целей. Напоминаю, что согласно этой иерархии (глава 6), высшим целевым приоритетом индивидуальной психотерапии будет суицидальное поведение; затем идет препятствующее терапии поведение; поведение, серьезно ухудшающее качество жизни; дефицит навыков; реакции посттравматического стресса; самоуважение и индивидуальные цели в упомянутом порядке. При телефонных контактах индивидуальный терапевт также организует взаимодействие в соответствии с иерархией

целевых приоритетов: ослабление кризисного суицидального поведения, применение поведенческих навыков к имеющимся проблемам и разрешение межличностного кризиса или отчуждения в отношениях терапевта и пациента в упомянутом порядке. Сеансы тренинга навыков, группы поддержки и другие формы терапии имеют собственные поведенческие иерархии. Задача каждого терапевта — распределить время для данной формы взаимодействия с учетом иерархической значимости целей. Эта стратегия — одна из самых трудных для начинающих терапевтов и одна из самых важных для общего прогресса терапии. (Целевые приоритеты обсуждаются в главах 5 и 6. Организация времени и преодоление сопротивления подробно обсуждаются в главах 6 и 15.)

3. СОБЛЮДЕНИЕ ЭТАПОВ ТЕРАПИИ

Как уже упоминалось в главе 6, ДПТ делится на четыре этапа: подготовительный этап ориентирования и обязательств; первый этап, приобретение базовых способностей; второй этап, ослабление посттравматического стресса; и третий этап, повышение самоуважения и достижение индивидуальных целей пациента. Терапевту очень важно соблюдать эти этапы — не переходить к следующему этапу, пока не выполнены задачи текущего, и возвращаться к предыдущим этапам, если вновь появляются прежние проблемы. Необходимость завершения подготовительного этапа (ориентирования и обязательств) до начала терапии как таковой уже обсуждалась. Как я подробно объясняла в главе 6, столь же важно успешно завершить первый этап, прежде чем переходить ко второму. Стратегия этапов также информирует терапевта о том, что нельзя игнорировать пережитый в прошлом травматический стресс. Поэтому при отсутствии веских оснований скачок от приобретения базовых способностей к достижению индивидуальных целей (не временных), как правило, будет нарушением принципов ДПТ.

4. ОТСЛЕЖИВАНИЕ УСПЕХОВ ПАЦИЕНТА В ДРУГИХ ФОРМАХ ТЕРАПИИ

В индивидуальной психотерапии, когда пациент одновременно задействован в других формах ДПТ (например, проходит тренинг навыков), терапевту следует на каждом сеансе отслеживать успехи пациента в этих формах. Индивидуальный терапевт должен помнить о том, что он исполняет обязанности основного терапевта пациента, поэтому на нем лежит ответственность за координацию всех форм терапии. Большинству пациентов трудно поверить, что определенная форма терапии имеет важное значение, если индивидуальный терапевт даже не удосуживается поинтересоваться ею. Проблемы внимания к другим формам терапии и участия в них рассматриваются как препятствующее терапии поведение терапевта.

СТРАТЕГИИ ОКОНЧАНИЯ СЕАНСА

Окончание психотерапевтического сеанса с пограничными и суицидальными пациентами может иметь очень большое значение. Нередко пациенты с ПРЛ покидают кабинет терапевта с такими сильными отрицательными эмоциями (включая гнев, фрустрацию, панику, печаль, безнадежность, отчаяние, опустошенность и одино-

чество), что им очень трудно перенести эмоциональную боль, не прибегая к проблемному поведению. Очень важно предвидеть эти эмоции и работать с ними как с "проблемами, подлежащими разрешению". Столь же важно завершить и подытожить "деловую" часть сеанса — проверить домашнее задание и проанализировать успехи нынешнего сеанса. Стратегии окончания сеанса приведены в табл. 14.4.

Таблица 14.4. Стратегии окончания сеанса

Терапевт ОСТАВЛЯЕТ ДОСТАТОЧНО ВРЕМЕНИ для окончания сеанса, чтобы не торопить пациента и плавно заканчивать сеанс:

- пациенту дают знать, что психотерапевтический сеанс подходит к концу;
- терапевт помогает пациенту справиться с окончанием сеанса;
- терапевт помогает пациенту вернуться в нормальное эмоциональное состояние.

ОБСУЖДЕНИЕ ДОМАШНИХ ЗАДАНИЙ или видов деятельности, запланированных на следующую неделю.

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ сеанса (в случае целесообразности этого).

Предоставление пациенту АУДИОКАССЕТ с записями психотерапевтических сеансов.

Использование НАПРАВЛЯЮЩЕГО ОБОДРЕНИЯ, выражение веры в способность пациента добиться успеха и справиться с любыми проблемами, которые встретятся на его пути; в то же время терапевт валидирует трудности, испытываемые пациентом.

ПОДДЕРЖКА пациента терапевтом и обеспечение ему ощущения своего постоянного присутствия (организация телефонных контактов, напоминание пациенту об их доступности и т.п.).

ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ПРОБЛЕМ (если это целесообразно); для совладания с потенциальными трудностями окончания сеанса или следующей недели используются стратегии решения проблем.

Общение и расставание с пациентом в такой манере, которая выражает душевное тепло и ожидание следующей встречи; выработка и применение других РИТУАЛОВ ОКОНЧАНИЯ СЕАНСА, которые снимают дискомфорт у пациента и терапевта.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт рано заканчивает психотерапевтический сеанс, не предупреждая об этом пациента;
- терапевт затрагивает болезненные для пациента темы уже перед окончанием психотерапевтического сеанса;
- терапевт игнорирует трудности пациента, вызванные окончанием психотерапевтического сеанса.

1. ДОСТАТОЧНОЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОКОНЧАНИЯ

Когда переходить к окончанию сеанса — зависит от пациента. Для некоторых пациентов сеанс заканчивается, не успев начаться. Они так хотят уйти, что все их поведение с самого начала сеанса определяется этим желанием, и общение, по выражению одной из таких пациенток, "подходит к концу, не успев начаться". Как я уже отмечала, пациенты с ПРЛ часто говорят, что не могут и не хотят эмоционально "раскрываться" во время сеансов, поскольку им не хватит времени для того, чтобы снова "закрыться". После сеанса пациенты остаются наедине с очень сильными эмоциями, которые они не могут контролировать. Хотя этой проблемы невозможно полностью избежать, независимо от продолжительности сеанса каждый терапевт и пациент должны вместе определить, сколько минут оставить в конце сеанса для важной завершающей работы. Необходимый минимум времени, конечно же будет разным для разных пациентов, а также для одного и того же пациента в зависимости от обсуждаемого материала.

2. СОГЛАШЕНИЕ О ДОМАШНИХ ЗАДАНИЯХ НА СЛЕДУЮЩУЮ НЕДЕЛЮ

В ходе психотерапевтического сеанса пациент и терапевт могут обсуждать различные виды деятельности, которые пациент должен выполнить самостоятельно до следующей встречи. В конце каждого сеанса следует повторить и прояснить все указания и советы относительно домашних заданий, пациент должен подтвердить соглашение об их выполнении. На этом этапе терапевт должен спросить пациента, сопряжено ли для него выполнение домашних заданий с какими-то потенциальными трудностями. Обычно следует ожидать проблем такого рода, и терапевт должен помочь пациенту определить их.

3. ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СЕАНСА

Если это уместно, в конце сеанса терапевт подытоживает важные моменты, которые обсуждались. Обычно такое подведение итогов проводится в оптимистическом ключе. Следует отметить важные терапевтические инсайты, достигнутые пациентом за прошедшую неделю или во время сеанса. Иногда по этому поводу достаточно сказать одно-два предложения.

4. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТУ АУДИОКАССЕТ С ЗАПИСЯМИ СЕАНСОВ

В конце каждого психотерапевтического сеанса (если это определено планом терапии) нужно давать пациенту копию кассеты с записью сеанса. До следующего сеанса пациент должен прослушать кассету как минимум один раз. Запись может служить стимулом, который поможет пациенту справиться со своими эмоциями, когда они захлестнут его, и позволит терапевту, образно выражаясь, быть рядом с пациентом в его естественной среде.

5. НАПРАВЛЯЮЩЕЕ ОБОДРЕНИЕ

В конце каждого сеанса терапевт должен открыто и прямо ободрять пациента, хвалить за достигнутый прогресс и отмечать какие-то положительные качества или похвальное поведение. Это удобная возможность для терапевта валидировать поведение пациента без просьбы с его стороны. Это также возможность вдохнуть в пациента надежду и вдохновить его. Ободрение со стороны терапевта особенно важно, если значительная часть психотерапевтического сеанса была посвящена помощи пациенту в осознании его деструктивного поведения. Довольно часто пациенты будут испытывать фрустрацию и отчаяние, но при этом сохранять внешнюю видимость поведенческой компетентности. Очень важно, чтобы терапевт не доверял этой воспринимаемой компетентности пациентов. Терапевт обязан сочетать похвалу с валидацией того, какой трудной и мучительной остается жизнь пациента, и не должен переоценивать способности пациента к самостоятельному совладанию с проблемами. По мере прогресса терапии он может подводить пациента к самовалидации и самоободрению. Во второй половине терапии специалист может прямо спросить пациента о том, каких успехов он добился за прошедшую неделю или во время психотерапевтического сеанса.

6. ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТА

Пациент в конце сеанса нередко чувствует себя покинутым. Его чувство отчаяния и одиночества усиливается. Терапевт должен это предвидеть и напомнить пациенту о том, что в случае необходимости он может позвонить ему до следующей встречи: контакт, таким образом, не прерывается. Следует также напомнить пациенту, что в любое время он может обратиться в службу скорой психиатрической помощи и попросить о помощи членов своего окружения. Как уже упоминалось, парасуицидальным и пограничным пациентам зачастую трудно адекватно просить о помощи. Хотя такие пациенты могут часто звонить терапевту в разгар кризиса, предпринимать отчаянные действия и предъявлять к терапевту неадекватные требования, они очень редко звонят и обращаются за помощью *перед* кризисом.

В начале терапии основная задача терапевта — научить пациента тому, как адекватно просить о помощи. Особенно важно для пациента усвоить, что у него есть кому позвонить, чтобы просто обсудить проблемы, попросить совета или даже рассказать о том, что с ним происходит. Обычно это очень трудно для него, и на первых этапах терапии звонок специалисту может быть предметом домашнего задания. Как только звонок терапевту во время кризиса станет нормальным явлением для пациента, специалист должен проинструктировать его в конце сеанса звонить *до* наступления кризиса. Как только пациент научится вовремя звонить терапевту, внимание смещается на генерализацию навыка и его распространение на других людей в окружении пациента. На этом этапе терапевт может обнаружить, что у пациента очень мало знакомых, к которым он может обратиться с адекватной просьбой. Эта проблема может стать важным направлением терапии. В любом случае основной целью терапии остается достижение пациентом способности адекватного обращения к членам своего окружения за помощью после окончания терапии.

7. ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ПРОБЛЕМ

Если у пациента остаются значительные эмоциональные трудности в связи с окончанием психотерапевтического сеанса, терапевт должен помочь ему развить навыки эмоциональной регуляции и перенесения дистресса, которые он сможет применять после сеанса. И снова напомню о том, что нельзя доверять воспринимаемой компетентности пациента. Конечно же, в начале терапии почти все пациенты будут испытывать трудности с окончанием психотерапевтических сеансов. Хотя со временем эмоциональная боль пройдет, как терапевт, так и пациент должны активно заниматься наработкой стратегий решения проблем, позволяющих снижать эмоциональную боль и предвидеть неадаптивные паттерны совладания.

8. ВЫРАБОТКА РИТУАЛОВ ОКОНЧАНИЯ СЕАНСА

Ритуалы окончания психотерапевтического сеанса могут успокаивающе действовать на пациента и делать расставание менее болезненным. Как минимум, терапевту следует проводить пациента до двери и сказать, что он будет ждать следующей встречи. Для некоторых пациентов прощание со специалистом может стать важной составляющей окончания сеанса (подробнее об этом — в главе 12).

СТРАТЕГИИ ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРАПИИ

Очень важно с самого начала терапии готовить пациента к ее завершению. Как и в любых других прочных и позитивных близких отношениях, их завершение может быть чрезвычайно трудным. ДПТ не поддерживает полного разрыва отношений; по окончании терапии пациент становится бывшим пациентом, а терапевт — бывшим терапевтом. Быть бывшим пациентом — это совсем не то, что перестать быть пациентом. Когда мы говорим о бывшем пациенте, мы признаем и ценим существование в свое время глубоких и позитивных отношений. Это все равно что быть бывшим студентом или уехать из родительского дома и стать независимым, не переставая в то же время быть ребенком своих родителей. Успешное завершение терапии также требует, чтобы межличностные навыки, которые пациент освоил с терапевтом, генерализовались на нетерапевтические ситуации. Конкретные стратегии завершения терапии представлены в табл. 14.5.

Таблица 14.5. Стратегии завершения терапии

НАЧАЛО ОБСУЖДЕНИЯ с пациентом будущего завершения терапии уже на первом сеансе; постепенное СОКРАЩЕНИЕ ЧАСТОТЫ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ сеансов по мере приближения к завершению терапии.

ПОДКРЕПЛЕНИЕ ОПОРЫ ПАЦИЕНТА НА СЕБЯ И НА ДРУГИХ ЛЮДЕЙ вместо опоры на терапевта, а также подчеркивание необходимости зависимости и одновременно независимости по мере приближения терапии к завершающему этапу.

Начало АКТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ завершения терапии по меньшей мере за три месяца (при годичном контракте ДПТ):

- терапевт использует стратегии решения проблем для выявления возможных трудностей с завершением терапии; терапевт в случае необходимости периодически устраивает "стимулирующие" психотерапевтические сеансы с пациентом, уменьшая их частоту и продолжительность;
- оценка достигнутого пациентом терапевтического прогресса;
- терапевт и пациент договариваются об основных правилах продления контактов:
  - терапевт объясняет пациенту особенности отношений терапевта и пациента после завершения терапии;
  - терапевт объясняет различия между терапевтическими отношениями, отношениями бывших терапевта и пациента и дружбой;
  - терапевт помогает пациенту определить критерии возобновления терапии, повторения навыков или других активных усилий по решению проблем после завершения терапии.

Если пациент желает продолжать работу с другим специалистом после завершения терапии, терапевт НАПРАВЛЯЕТ пациента к другому специалисту и, в случае необходимости, продолжает контакты с пациентом до тех пор, пока новый терапевт не сможет начать работу с пациентом.

1. НАЧАЛО ПОДГОТОВКИ К ЗАВЕРШЕНИЮ ТЕРАПИИ: СОКРАЩЕНИЕ СЕАНСОВ

Хотя ориентация на генерализацию навыков и завершение терапии красной нитью проходит через всю программу терапии, активное обсуждение приближающегося завершения должно начинаться задолго до ее фактического завершения. Однако расчет времени будет зависеть от того, как долго продолжается терапия. Чтобы выйти из терапии как можно мягче, следует постепенно сокращать частоту психотерапевтических сеансов, а не резко прекращать работу с пациентом. В ходе этого процесса активного завершения терапевт подчеркивает и поощряет успехи пациента, выражает уверенность в том, что пациент сможет жить независимо и обходиться

без терапии, а также подчеркивает, что забота о пациенте и заинтересованность в нем останутся, несмотря на завершение терапии, и что пациент в случае необходимости сможет воспользоваться социальными или личными ресурсами.

2. ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ОПОРЫ И ЕЕ ПЕРЕНОС НА СОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ

Как правило, при терапии парасуицидальных и пограничных индивидов пациенту поначалу трудно доверять терапевту, просить его о помощи и находить баланс между независимостью и зависимостью, как уже упоминалось выше. Изучение поведения пациента показывает, что те же паттерны проявляются и в отношениях с другими людьми. Способность обращаться за помощью — навык, необходимый для выживания в среде, которая очень часто бывает недоброжелательной. Поэтому способность доверять, адекватно просить о помощи, полагаться на других людей и одновременно полагаться на себя часто будут терапевтическими целями.

По мере того как развивается доверие пациента к терапевту, он становится откровеннее в выражении своей потребности в помощи. На начальных этапах терапии большое внимание уделяется подкреплению таких навыков, которые позволяют пациенту звонить терапевту и обращаться за помощью в определенной ситуации. Однако если эта способность обращаться за помощью не генерализуется на других людей в окружении пациента и если пациент не научился помогать самому себе, завершение терапии будет весьма болезненным. Даже при кратковременном отсутствии терапевта (например, из-за командировок и отпусков) парасуицидальный пациент вполне может прореагировать парасуицидальным поведением. Поэтому переориентация с опоры на терапевта на опору на себя и других людей должна начинаться почти с самого начала. Опять-таки, при этом следует применять диалектические стратегии; в этом случае основное внимание уделяется тому, чтобы научить пациента полагаться на других людей и в то же время быть самостоятельным.

3. АКТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРАПИИ

Как уже упоминалось, завершение терапии следует обсуждать с пациентом уже на первых сеансах ДПТ. Однако следует четко разграничить прекращение терапии и прекращение отношений с терапевтом. Более того, необходимо столь же четко разграничить роли бывшего терапевта и друга. За некоторыми исключениями, бывшие терапевты не становятся близкими друзьями бывших пациентов, поэтому не стоит давать пациентам поводов к таким ожиданиям. Если же дружба между бывшим терапевтом и пациентом все-таки возникает, к этому следует относиться как к приятному сюрпризу, а не закономерности.

Выявление возможных трудностей

Терапевт должен обсуждать с пациентом любые трудности, которых можно ожидать при завершении терапии или после. Для нахождения выхода из возможных проблемных ситуаций следует применять стратегии решения проблем. В числе возможных мер должны быть “стимулирующие сеансы”. Иногда очень полезно планировать такие сеансы заранее, возможно, с шестимесячным интервалом, даже когда нет оснований ожидать каких-либо проблем.

Оценка достигнутого пациентом терапевтического прогресса

Необходимо отвести достаточно времени на подробный анализ терапевтического прогресса, достигнутых результатов и намеченных целей дальнейшей жизни пациента. Следует рассмотреть и терапевтические отношения как таковые (с точки зрения и пациента, и терапевта), и изменения пациента в целевом поведении. Терапевт должен объяснить пациенту, что никто не застрахован от проблем и что развитие и изменения продолжаются всю жизнь.

Установление основных правил послетерапевтических контактов

Роли бывшего терапевта и бывшего пациента недостаточно рассмотрены в психотерапевтической литературе. Очень важно, чтобы терапевт четко понимал собственные предпочтения в послетерапевтическом общении с пациентом. Терапевт должен вразумительно рассказать о них пациенту; туманные обещания, которые терапевт не собирается выполнять, не принесут пациенту пользы. Обычно контакты бывших пациентов с бывшими терапевтами бывают довольно частыми сразу же после завершения терапии. Так может продолжаться около года, затем общение происходит реже. Поскольку я почти всегда заинтересована в том, чтобы поддерживать долговременный контакт с бывшими пациентами, как и с бывшими своими студентами, я прошу пациентов периодически звонить или писать мне, чтобы я знала, как у них идут дела. Это время введения стратегий реципрокной коммуникации и соблюдения границ.

Желание пациента продолжать общение с терапевтом тоже нужно проанализировать. Одни пациенты предпочитают более тесное общение, чем другие, некоторые пациенты хотят вообще прекратить контакт с терапевтом. Обе стороны должны определить критерии для возобновления терапии. Если же такое возобновление невозможно, следует донести это до сознания пациента и помочь ему применить навыки решения проблем для поисков другого терапевта.

4. АДЕКВАТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

В идеале терапия пограничного пациента проходит этапы по порядку, и после ее завершения пациент остается доволен собой и своей жизнью. Чтобы добиться этого, пациенту, который начинает терапию с первого этапа, может потребоваться несколько лет. Для пограничных пациентов с тяжелой суицидальностью только переход от первого этапа ко второму может занять минимум год или больше. До того как будет разработана более эффективная терапия, не следует подгонять пациентов, потому что при этом создается больше проблем, чем решается.

К сожалению, ввиду финансовых ограничений, требований современной системы здравоохранения, личных границ терапевта и/или правил проведения эксперимента, терапевт и пациент не всегда могут поддерживать терапевтические отношения достаточно долго для того, чтобы решить поставленные задачи. В этих случаях очень важно не бросать пациента. Терапевт должен помогать пациенту в составлении альтернативных планов продолжения терапии. Учитывая все те причины, о которых говорилось выше, составление таких планов может быть чрезвычайно трудным для пациента, который ограничен в средствах и не может позволить себе частнопрактикующего психотерапевта. Дополнительная проблема — нежелание

многих частнопрактикующих психотерапевтов заниматься терапией суицидальных и/или пограничных индивидов. Может возникнуть необходимость в изучении рынка общественных и недорогих частных психиатрических услуг, а также в возможности консультирования сверстниками и участия в группах поддержки (таких, например, как "Анонимные алкоголики"). Если клиницисту с самого начала известно, что терапия будет ограничена во времени, он должен планировать направление к другому специалисту до завершения терапии.

Заключение

Мои пациенты часто спрашивают меня, смогут ли они когда-нибудь выздороветь и смогут ли они в конце концов стать счастливыми. Ответить на эти вопросы нелегко. Конечно, пациенты смогут изменить свою жизнь к лучшему и стать более счастливыми, чем до прихода на терапию. Я верю в то, что жизнь может быть счастливой даже для человека, которому в свое время поставили диагноз "пограничное расстройство личности". Однако я не столь уверена в том, что кому-либо удастся полностью преодолеть влияние чрезвычайно негативного окружения, в котором находились многие из моих пациентов. Некоторые отрицательные последствия могут остаться на всю жизнь. Самое важное — не делать из этого трагедии. Многим людям в своей жизни приходилось переживать и принимать чрезвычайно болезненные события, и тем не менее они продолжали жить и делали свою жизнь довольно качественной. Конечно, сделать это нелегко, и здесь не может быть определенного рецепта. Психотерапия — лишь часть усилий общества, направленных на решение этой дилеммы. Ограничения терапии можно преодолеть с помощью религии, истории или философии, общественной деятельности и т.п. Другими словами, ответы на многие вопросы можно найти вне терапевтического контекста.

Не все индивиды могут найти и поддерживать те отношения взаимной любви, заботы и поддержки, которые им нужны. По крайней мере, индивид может не обнаружить всей полноты этих качеств в отношениях с одним человеком; и даже если такие отношения будут установлены, они не смогут продолжаться бесконечно. Отношения с терапевтом могут быть самыми лучшими из тех, которые индивиду доведется испытать в своей жизни, — не обязательно из-за того, что терапевт помогает решить пациенту его проблемы, а потому, что способность нашего общества объединять и сплачивать людей очень ограничена, несмотря на множество достойных людей. Деятельность групп поддержки после завершения ДПТ может представлять хороший выход для многих бывших пограничных пациентов. Некоторые из них, возможно, захотят участвовать в этих группах на постоянной основе: я думаю, такое стремление следует поощрять и поддерживать. Что касается других пациентов, для них очень важно поддерживать контакт со своими бывшими терапевтами, хотя бы периодически.

15

Специальные терапевтические стратегии

В этой главе описываются стратегии реагирования на конкретные проблемы и аспекты терапии пациентов с ПРЛ. Подобно стратегиям структурирования, они требуют новых, уникальных комбинаций стандартных стратегий. В этой главе обсуждаются интегративные стратегии, применяемые для реагирования на 1) кризисы пациента; 2) суицидальное поведение пациента; 3) препятствующее терапии поведение пациента; 4) телефонные контакты; 5) дополнительное лечение; 6) проблемы отношений "пациент–терапевт".

КРИЗИСНЫЕ СТРАТЕГИИ

Как уже неоднократно отмечалось, пациенты с ПРЛ часто переживают кризис. Кризисное состояние неизбежно снижает способность пациента применять поведенческие навыки, которым он обучается. Эмоциональное возбуждение мешает когнитивной обработке, ограничивая способность пациента концентрировать внимание на чем-либо, кроме текущего кризиса. В этих случаях терапевту следует применить критерии кризисного реагирования.

В стандартной амбулаторной ДПТ за помощь пациенту в кризисных ситуациях отвечает индивидуальный или основной терапевт. Другие терапевты и члены терапевтического коллектива должны 1) направлять пациента к основному терапевту, помогая ему связаться с индивидуальным терапевтом, если необходимо; 2) помогать пациенту применять навыки перенесения дистресса, пока он не свяжется с индивидуальным терапевтом. Такое разделение труда может быть очень важным для эффективного лечения пациента, который звонит другим членам терапевтического коллектива, если не может связаться с индивидуальным терапевтом или ищет сочувствия, когда недоволен индивидуальным терапевтом. Многие из стратегий кризисного реагирования, представленные в табл. 15.1 и описанные ниже, эффективны

в подобной ситуации. ДПТ не поддерживает практику, при которой пациент в случае кризиса может звонить только дежурному терапевту. (Стратегии телефонных консультаций будут обсуждаться ниже.) В других условиях — например, при стационарном лечении или в условиях дневного стационара — ответственность за кризисное вмешательство может возлагаться на других членов терапевтического коллектива.

Таблица 15.1. Стратегии кризисного реагирования

Внимание к АФФЕКТУ, а не к содержанию.

Изучение проблемы СЕЙЧАС:
- терапевт обращается к промежутку времени между прошлым и нынешним сеансами;
- терапевт выявляет ключевые события, вызывающие нынешние эмоции пациента;
- терапевт подводит итоги и формулирует проблему.

Сосредоточение на РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ:
- терапевт дает советы и убеждает;
- терапевт привязывает возможные решения проблем к поведенческим навыкам, которые осваивает пациент;
- терапевт прогнозирует последствия реализации различных планов действий;
- терапевт вступает в прямую конфронтацию с неадаптивными идеями или поведением пациента;
- терапевт объясняет и подкрепляет адаптивные реакции пациента;
- терапевт выявляет факторы, препятствующие осуществлению продуктивных планов действий.

Сосредоточение на ПЕРЕНЕСЕНИИ АФФЕКТА.

Помощь пациенту в ПРИНЯТИИ НА СЕБЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА по определенному плану действий.

Оценка СУИЦИДАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА пациента.

Предвидение возможности повторения кризисной реакции.

1. ВНИМАНИЕ К АФФЕКТУ, А НЕ К СОДЕРЖАНИЮ

При эмоциональном пациента особенно важно обращать внимание на аффект пациента, а не на содержание кризиса. Техники валидации эмоциональных переживаний описаны в главе 8. В целом можно сказать, что терапевт должен выявить чувства пациента, заверить его в обоснованности этих чувств, обеспечить возможность “эмоциональной вентиляции”, вербально отразить собственные эмоциональные реакции на чувства пациента и предложить рефлективные формулировки.

2. ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕЙЧАС

Обращение к промежутку времени между прошлым и нынешним сеансами

В состоянии сильного эмоционального возбуждения индивид довольно часто теряет след событий, которые предшествовали первоначальной эмоциональной реакции. Он может обращаться не только к активирующему событию, но ко всем подобным событиям, которые происходили на протяжении всей его жизни либо в течение нескольких недель. Кризис может быть вызван лишь одним событием, но пациент перескакивает с одной темы на другую, стараясь объяснить то, что с ним случилось. Терапевт должен направить свои усилия на то, чтобы помочь пациенту сосредоточиться на событиях, произошедших после предыдущей встречи, а не перечислять негативные события всей своей жизни.

Выявление ключевых событий, вызывающих нынешние эмоции

Довольно часто незначительное событие может стать причиной мощной кризисной реакции. В такой ситуации очень важно помочь пациенту выявить это событие. Зачастую пациенты перечисляют целую вереницу неконтролируемых событий и обстоятельств своей жизни. Терапевт должен слушать и реагировать избирательно — т.е. реагировать только на подходящую для анализа информацию и игнорировать незначимые и/или неподходящие аспекты истории пациента, при этом просить пациента говорить конкретно и по существу.

Следует выбрать какую-то составляющую кризисного реагирования, например чувства растерянности, безнадежности, отчаяния, суицидальную идеацию и т.п., и попросить пациента уточнить, какая именно реакция была первой, когда она усилилась или ослабла, и т.д. Например, если пациент испытывает страх, терапевт может часто спрашивать пациента: "Вам сейчас страшно?" Если да, терапевт уточняет: "А вам было страшно до того, как он сказал *X*, *Y* или *Z*?" Если да, терапевт последовательно возвращается к предыдущим событиям и словам, выявляя, что именно запустило реакцию страха. Позже, по мере развития событий в истории пациента, терапевт может спросить: "А как это повлияло на чувство страха, он усилился или наоборот?" Смысл этой тактики в том, чтобы постоянно устанавливать связь между определенной кризисной реакцией пациента (или комплексом реакций) и тем или иным событием или серией событий.

Подведение итогов и обобщение проблемы

Во время сеансов кризисной терапии специалисту может быть необходимо неоднократно формулировать и обобщать проблему; терапевт должен сосредоточиться на том, чтобы достичь согласия в определении основных элементов проблемы. Довольно часто пациент будет думать о решениях проблемы без адекватного определения самой проблемы. Конечно, основным способом решения проблемы, который часто применяют пациенты с ПРЛ, служит суицидальное поведение. Терапевт должен очень внимательно отслеживать тенденцию пациента считать суицидальное поведение проблемой, а не выходом из ситуации.

Пациент может говорить: "Проблема в том, что я хочу наложить на себя руки". Терапевт должен выразительно и прямо объяснить пациенту, что суицидальное поведение представляет собой не проблему, а неадаптивное решение проблемы. Терапевт может сказать: "Это способ решения проблемы. Давайте точно выясним, когда именно у вас появилась мысль о самоубийстве. Когда вы впервые об этом подумали? Что привело к этой мысли?" Как только соответствующий момент установлен, терапевт может изучать само событие. Он пытается определить, что в этом событии было настолько проблемным, что вызвало побуждение покончить с собой. Для некоторых индивидов мысли о самоубийстве — просто заученные реакции на любое проблемное событие, или же могут примешиваться болезненные эмоции либо интерпретации событий. Нахождение активирующего события — обычно самый короткий путь к пониманию проблемной ситуации. Непосредственно за этим анализом может следовать переформулировка проблемы, а также получение и подкрепление согласия пациента.

3. СОСРЕДОТОЧЕНИЕ НА РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ

Опять-таки, терапевту приходится синтезировать противоречивые точки зрения. Он должен помочь пациенту ослабить отрицательные эмоции и в то же время помочь понять, что способность переносить неприятные чувства необходима для снижения возбуждения. Если при этом используются техники решения проблем, как правило, очень важно сосредоточиться на небольшом участке текущего кризиса. Пациент часто выражает сильное желание "поскорее все исправить"; терапевт должен *смоделировать* разделение проблемы на небольшие части и остановиться на одной из них. При кризисном решении проблем нужно применять описанную ниже процедуру как дополнение к стандартным техникам решения проблем, описанным в главе 9.

Советы и убеждение

В ДПТ терапевт исполняет разные роли (консультанта, учителя, болельщика и т.д.). Хотя при оказании помощи пациенту в выборе из нескольких альтернативных способов реагирования предпочтительно выступать в роли консультанта, иногда бывают ситуации, когда пациент просто не знает, что и как делать в данной ситуации. В этих случаях уместно дать пациенту конкретный совет и прямо предложить возможный план действий. Это особенно важно, когда пациент демонстрирует воспринимаемую компетентность. При работе с такими пациентами терапевтам свойственно предполагать, что они могут действовать самостоятельно, но им просто не хватает уверенности в своих силах. Очень легко ошибиться и отказать пациенту в необходимом совете, предполагая, что он в нем не нуждается. Поэтому существенно важно провести тщательную оценку способностей пациента и прислушиваться к его мнению о собственных возможностях. Пассивность пациента нельзя односторонне интерпретировать как недостаток мотивации, сопротивление, неуверенность и т.п. Часто пассивность говорит о неадекватных знаниях и/или навыках.

Решение, основанное на осваиваемых пациентом поведенческих навыках

Для каждой проблемы есть несколько решений; все зависит от того, под каким углом смотреть на проблему. ДПТ требует способности взглянуть на проблему с точки зрения поведенческих навыков. Таким образом, когда пациента обучают перенесению дистресса (или другому комплексу навыков, которые он должен отработать), кризис может рассматриваться как ситуация, в которой необходимы навыки именно перенесения дистресса. Если подчеркивается межличностная эффективность, можно связать проблему с социальными действиями. Как правило, события становятся "проблемами", потому что они ассоциируются с негативными эмоциональными реакциями; одно из возможных решений для пациента — изменить свою эмоциональную реакцию на ситуацию. Эффективная реакция может быть сформулирована с точки зрения навыков психической вовлеченности. Способность применять любые поведенческие навыки к любым проблемным ситуациям очень важна и в то же время представляет очень большие трудности. Терапевт сам должен досконально знать поведенческие навыки и быстро ориентироваться в них во время кризиса пациента.

Здесь можно привести хороший пример. Представьте, что пациентка приходит на психотерапевтический сеанс и во время анализа минувшей недели начинает плакать и утверждает, что не может говорить о случившихся событиях, что это слишком тяжело для нее. Терапевт может пойти по одному из следующих путей. *Во-первых*, он может прокомментировать ее реакцию, сказав, что пациентка испытывает сильные страдания, и посоветовать ей сосредоточиться на навыках, которые она могла бы применить в данной ситуации, чтобы перенести боль, — навыки достаточно эффективные, чтобы можно было приступить к обсуждению прошедшей недели. *Во-вторых*, терапевт может помочь пациентке в оценке ее ближайших (в рамках данного психотерапевтического сеанса) задач. Какие межличностные навыки пациентка может использовать в данный момент, чтобы достичь своих целей? Что пациентка должна говорить и делать, чтобы остаться довольной собой после психотерапевтического сеанса? Какие эмоции должен испытывать после сеанса специалист по отношению к пациентке, и что должна говорить или делать пациентка, чтобы этого добиться? *В-третьих*, терапевт может направить разговор с пациенткой на то, чтобы выявить испытываемые в данный момент эмоции и обдумать, как улучшить эмоциональное состояние в данный момент. Наконец, в зависимости от того, каким навыкам психической вовлеченности обучают пациентку (или какие навыки пациентка пытается практиковать), терапевт может предложить ей заняться наблюдением и описанием своего нынешнего состояния; постараться некритически реагировать на себя; думать о настоящем и сконцентрировать внимание на выполнении одной задачи или обдумать, как сосредоточиться только на том, что "работает".

Прогнозирование последствий различных планов действий

Суицидальные и пограничные пациенты часто думают о краткосрочных выгодах и игнорируют долговременные последствия своего поведения. Терапевт должен побуждать пациента обращать внимание на долгосрочные результаты его поступков. Пациенту следует помогать в оценке недостатков и преимуществ различных действий с точки зрения их эффективности в достижении целей, в сохранении межличностных отношений и повышении самоуважения.

Прямая конфронтация с неадаптивными идеями или поведением пациента

В разгар кризиса и в состоянии сильного эмоционального возбуждения пациент вряд ли способен на хладнокровное изучение преимуществ и недостатков различных планов действий. Если терапевт считает, что определенная линия поведения пациента приведет к негативным последствиям, он должен прямо сказать об этом. Очень часто поведенческие решения пациента обусловлены его нереалистичными представлениями, в этих случаях такие представления также подлежат конфронтации. Когда терапевт возражает пациенту, который находится в состоянии сильного эмоционального возбуждения, тот часто парирует тем, что специалист не совсем понимает сложившуюся ситуацию. В таких случаях терапевту полезно выразить понимание и валидировать страдания пациента, а затем высказать убеждение в том, что альтернативные поведенческие решения, даже болезненные, по большому счету, будут предпочтительнее.

Объяснение и подкрепление адаптивных реакций

Когда пациент начинает осваивать новые когнитивные и поведенческие реакции, эти реакции необходимо подкреплять. Во время кризиса полезно обращать особое внимание на любые адаптивные реакции или идеи со стороны пациента, помогать ему выявлять их, а затем подкреплять. В других случаях терапевт может ссылаться на подобные ситуации, в которых пациент действовал адаптивно, и поощрять такое его поведение.

Выявление факторов, препятствующих осуществлению продуктивных планов действий

Как только пациент и терапевт вырабатывают план действий, который представляется продуктивным, терапевт должен помочь пациенту выявить те факторы, которые способны помешать его осуществлению. Если этого не сделать, пациент, скорее всего, потерпит неудачу, и решение проблем в будущем будет затруднено. Само собой разумеется, что выявление факторов, препятствующих реализации плана. должно сопровождаться обсуждением возможностей для устранения препятствий.

4. ПЕРЕНЕСЕНИЕ АФФЕКТА

Как правило, пациент будет сообщать терапевту о своей неспособности переносить кризисную ситуацию: дело не только в том, что ситуация очень сложная, но и в том, что пациент не может ее переносить. Валидируя страдания пациента, терапевт в то же время должен применить конфронтацию, убеждая пациента в необходимости перенесения негативного аффекта. Очень часто может пригодиться формулировка, подобная следующей: "Если бы я мог убрать вашу боль, я бы сделал это. Но я не могу. И вы, по всей видимости, этого не можете. Мне очень жаль, что вы так страдаете, но сейчас вам нужно терпеть боль. Перетерпеть боль — единственный выход". Не следует ждать от пациента согласия с этой точкой зрения на ранних этапах терапии. Однако это не должно мешать терапевту *регулярно* применять формулировки, подобные приведенной выше, на этих этапах терапии.

5. ПРИНЯТИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ПЛАНУ ДЕЙСТВИЙ

Терапевт должен сделать все возможное для того, чтобы убедить пациента согласиться с планом действий, уточняющим действия обеих сторон до следующего сеанса. Нужно выработать прозрачный контракт на определенный отрезок времени, включающий требования о том, что должен выполнить пациент до следующей встречи. Другими словами, терапевт убеждает пациента в том, что тот должен выполнять заранее оговоренные действия, чтобы работать над выходом из кризиса.

6. ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА

В конце каждого антикризисного сеанса терапевт должен провести переоценку суицидального риска. Пациент может начать сеанс с угроз самоубийства, членовредительства или прочих деструктивных действий. Вопреки усилиям терапевта пациент может сохранить свои намерения до конца сеанса. Специалисту следует проверить, был ли кризис смягчен настолько, что пациент может удержаться от суицидальных действий до следующего контакта. Если пациент не может этого обещать, терапевт должен применять стратегии при суицидальном поведении, описанные ниже.

7. ПРЕДВИДЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВТОРЕНИЯ КРИЗИСНОЙ РЕАКЦИИ

Часто терапевт и пациент совместными усилиями составляют план действий, который должен облегчить состояние пациента. Хотя такие планы действительно могут быть очень полезны, у пациента обычно (достаточно скоро) случается рецидив кризисного состояния. Поэтому во время кризиса терапевт должен помочь пациенту в планировании или структурировании времени между этим сеансом и следующим. Пациента нужно предупредить о том, что негативные чувства могут с высокой степенью вероятности возникнуть вновь и что следует запланировать несколько стратегий для совладания с ними.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Терапия суицидальных индивидов требует структурированного протокола для реагирования на суицидальное поведение, включая кризисное суицидальное поведение, парасуицид, угрозы суицида или парасуицида, суицидальную идеацию и побуждения к парасуицидальным действиям. Этот протокол может быть применен на психотерапевтическом сеансе или непосредственно после него, по телефону, в условиях стационара либо (реже) в обычном окружении терапевта или пациента. Информация о суицидальном поведении может быть спонтанно передана терапевту пациентом, собрана с помощью опроса пациента, может поступать от других специалистов или от заинтересованных членов окружения пациента.

Терапевтическая задача

При реагировании на суицидальное поведение перед терапевтом стоит двойная задача: 1) отреагировать достаточно активно для того, чтобы не дать пациенту возможности покончить с собой или нанести себе серьезный вред; 2) отреагировать таким образом, чтобы снизить вероятность последующего суицидального поведения. Два аспекта этой задачи часто противоречат друг другу. Диалектическое противоречие возникает между необходимостью сохранить безопасность пациента, с одной стороны, и необходимостью обучить пациента поведенческим паттернам, которые сделают его жизнь достаточно качественной, чтобы жить. Ситуацию еще больше усложняет страх ответственности за возможную гибель пациента в случае неправильных действий или ошибок, который испытывают почти все терапевты. Описанные ниже стратегии учитывают как обязанности терапевта по отношению к пациенту, так и границы терапевта в данной ситуации.

Реакция терапевта на каждый отдельный случай суицидального поведения или суицидальные угрозы будет зависеть от характеристик пациента, его ситуации, а также качества терапевтических отношений. ДПТ включает только три произвольных правила относительно суицидального поведения (которые, разумеется, нужно объяснить пациенту во время ориентирования на терапию). Во-первых, кризисное суицидальное поведение и парасуицидальные действия всегда должны подвергаться глубокому анализу, их нельзя игнорировать. Во-вторых, пациент, который

допускает суицидальные действия, теряет право звонить свему терапевту в течение последующих 24 часов, кроме тех случаев, когда звонок терапевту необходим для спасения его жизни. И даже тогда пациент должен вызывать "скорую", а не терапевта. В-третьих, склонным к суицидальным действиям пациентам не дают опасных для жизни медикаментов. (Последняя тема обсуждается ниже в связи со стратегиями дополнительного лечения.)

Стратегии при суицидальном поведении должны применяться как минимум в четырех ситуациях: 1) пациент сообщает о фактах суицидального поведения своему основному терапевту на сеансе индивидуальной психотерапии (и его нынешнее состояние не связано с медицинским риском); 2) пациент угрожает основному терапевту немедленным самоубийством или парасуицидальными действиями; 3) пациент производит парасуицидальные действия, находясь в контакте с терапевтом, или связывается со специалистом непосредственно после парасуицидальных действий; 4) пациент сообщает о своем суицидальном поведении или угрожает самоубийством специалисту, проводящему дополнительное лечение. Когда пациент переживает кризис, отягощенный суицидальностью, описанные кризисные стратегии нужно сочетать с мерами, которые описывались в этом разделе и сведены в табл. 15.2.

Таблица 15.2. Стратегии при суицидальном поведении

ДЛЯ ОСНОВНОГО ТЕРАПЕВТА, В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ИМЕЛО МЕСТО КРИЗИСНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ИЛИ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Терапевт не поддерживает с пациентом телефонный контакт в течение 24 часов после совершения суицидальных или парасуицидальных действий (кроме случаев угрозы для жизни пациента); суицидальное или парасуицидальное поведение пациента обсуждается на ближайшем психотерапевтическом сеансе.

ОЦЕНКА частоты, интенсивности и серьезности суицидального поведения.

Проведение ЦЕПНОГО АНАЛИЗА поведения.

Обсуждение возможности применения АЛЬТЕРНАТИВНЫХ РЕШЕНИЙ, кроме простого перенесения кризиса.

Подчеркивание НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ суицидального поведения.

Подкрепление НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ.

Помощь пациенту в принятии ОБЯЗАТЕЛЬСТВ по несуицидальному плану поведения.

ВАЛИДАЦИЯ страданий пациента.

Нахождение ВЗАИМОСВЯЗИ нынешнего поведения пациента с общими поведенческими паттернами.

ДЛЯ ОСНОВНОГО ТЕРАПЕВТА, ПРИ УГРОЗАХ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО СУИЦИДА ИЛИ ПАРАСУИЦИДА

ОЦЕНКА суицидального или парасуицидального риска:

- терапевт использует известные ему факторы, относящиеся к суицидальному поведению, для прогнозирования долгосрочного суицидального риска;
- терапевт использует известные ему факторы, относящиеся к ближайшему суицидальному поведению, чтобы прогнозировать непосредственный суицидальный риск;
- терапевт составляет, держит при себе и использует карточку кризисного планирования;
- терапевт осведомлен о степени риска для жизни различных методов совершения суицида или парасуицида;
- терапевт консультируется со службами скорой медицинской помощи или соответствующими специалистами о степени медицинского риска планируемого пациентом поведения или доступных ему методов самоубийства.

ИЗЪЯТИЕ у пациента опасных для жизни средств совершения суицида или принуждение пациента к избавлению от них.

Таблица 15.2 (продолжение)

ЭМПАТИЧЕСКИЙ ПРИЗЫВ к пациенту не совершать суицида или парасуицида.

Отстаивание позиции, что суицид — НЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ.

ОБНАДЕЖИВАНИЕ пациента и выработка способов решения проблемы.

Поддержание КОНТАКТА с пациентом и следование ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ПЛАНУ при непосредственном и высоком суицидальном риске:

- терапевт действует более активно при высоком суицидальном риске;
- терапевт обычно не предпринимает активного вмешательства для предотвращения парасуицида, если только нет высокого риска для жизни;
- терапевт действует более консервативно с новым пациентом;
- терапевт выясняет, не относятся ли суицидальные действия пациента к респондентному поведению:
  - терапевт пытается прекратить вызывающие суицидальное поведение события;
  - терапевт учит пациента, как предотвращать эти события в будущем;
- терапевт выясняет, не относятся ли суицидальные действия пациента к оперантному поведению:
  - терапевт отыскивает реакции, которые соответствуют требованиям терапевтического плана и одновременно выступают факторами естественного подкрепления;
  - терапевт применяет факторы отрицательного подкрепления;
- терапевт ищет оптимальную реакцию, которая была бы естественной, редуцировала вызывающие проблемное поведение события (при респондентном поведении) при минимальном подкреплении (при оперантном поведении):
  - терапевт пытается добиться от пациента несколько улучшенного поведения перед проведением вмешательства;
  - терапевт проявляет гибкость относительно вариантов реагирования;
  - если терапевт планирует принудительную госпитализацию, то не скрывает причин такого намерения.

ПРЕДВИДЕНИЕ возможности повторения суицидального или парасуицидального поведения.

СООБЩЕНИЕ о суицидальном риске пациента членам его социального окружения.

ДЛЯ ОСНОВНЫХ ТЕРАПЕВТОВ, ЕСЛИ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЯ КОНТАКТА ИЛИ ТОЛЬКО ЧТО ПРОИЗОШЛО

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО РИСКА поведения с использованием консультации с местной службой "скорой помощи" или других ресурсов, если это необходимо:

- терапевт оценивает способность пациента самостоятельно получить медицинскую помощь;
- терапевт выясняет доступность других людей для пациента.

Если пациент находится в опасной с медицинской точки зрения ситуации, терапевт СООБЩАЕТ об этом его близким и вызывает "СКОРУЮ ПОМОЩЬ":

- терапевт поддерживает контакт с пациентом до прибытия медицинской помощи.

Если медицинская помощь необходима, но не срочно, терапевт НАСТАВЛЯЕТ пациента, как он может такую помощь получить (при согласии пациента):

- терапевт просит пациента перезвонить ему из того учреждения, где тому будет оказана медицинская помощь, и сообщить только о своем состоянии и применяемом лечении.

Если медицинская помощь необходима, но не срочно, а пациент не хочет ее получать, терапевт применяет СТРАТЕГИИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ:

- терапевт не приемлет ответа "нет";
- терапевт выясняет наличие у пациента страха принудительной госпитализации;
- терапевт наставляет пациента, как вести себя с врачами;
- терапевт говорит специалистам, осуществляющим дополнительное лечение, чтобы они следовали своим обычным процедурам;
- терапевт вмешивается, если это необходимо, для предотвращения принудительной госпитализации.

Если очевидно, что необходимости в медицинской помощи нет, терапевт ПРИДЕРЖИВАЕТСЯ ПРАВИЛА 24 ЧАСОВ.

Таблица 15.2 (окончание)

ДЛЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Терапевт обеспечивает БЕЗОПАСНОСТЬ пациента:

- ведущий тренинга навыков помогает пациенту применять поведенческие навыки до установления контакта с индивидуальным терапевтом;
- фармакотерапевт консультирует пациента относительно медикаментозной поддержки до установления контакта с индивидуальным терапевтом;
- лечащий персонал стационара под руководством терапевта применяет стратегии кризисного вмешательства, решения проблем и/или тренинга навыков до следующего сеанса с индивидуальным терапевтом.

НАПРАВЛЕНИЕ пациента к индивидуальному, или основному, терапевту.

ОСУЩЕСТВЛЕННОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ПРОТОКОЛ ДЛЯ ОСНОВНОГО ТЕРАПЕВТА

Пациент может спонтанно дать терапевту информацию об осуществленном суицидальном поведении при любом терапевтическом взаимодействии, включая телефонные консультации, тренинг навыков, занятия с группами поддержки или сеансы индивидуальной психотерапии. Дневниковые карточки ДПТ, собранные в начале каждого сеанса индивидуальной психотерапии, включают вопросы относительно суицидальной идеации, парасуицидальных побуждений и совершенных со времени предыдущего сеанса парасуицидальных действиях. Эта информация обязательно должна быть изучена терапевтом в начале каждого сеанса индивидуальной психотерапии. Реакция терапевта на осуществленное суицидальное поведение повлияет на вероятность суицидального поведения в будущем, поэтому терапевту необходимо действовать очень осторожно.

Если кризисное суицидальное поведение (например, угрозы самоубийства) или парасуицидальные действия имели место после сеанса индивидуальной психотерапии, применяются стратегии решения проблем. Подробный анализ осуществленного суицидального поведения проводится только во время сеансов индивидуальной психотерапии. Если основной терапевт узнает (от самого пациента или из других источников) об осуществленном в промежутке между сеансами парасуицидальном или кризисном суицидальном поведении пациента, включая суицидальные угрозы, высказанные другим людям, соответствующие терапевтические вмешательства должны быть отложены до следующего сеанса, если только нет опасности повторения такого поведения или угрозы для жизни и/или здоровья пациента.

Первый шаг при реагировании на осуществленное парасуицидальное поведение — провести детальную и тщательную поведенческую оценку. Такая оценка *всегда* проводится на очередном сеансе индивидуальной психотерапии (хотя ее место среди других видов деятельности в рамках сеанса может выбираться произвольно). Иногда поведенческий анализ может растянуться на целый сеанс, но обычно для его проведения требуется 15–20 минут (если меньше, это говорит о том, что одна из сторон — пациент или терапевт — избегает данной темы). Анализ решений проводится сразу после этого или интегрируется в поведенческий анализ. Терапевт и пациент обсуждают, какие альтернативные виды поведения могут быть применены в следующий раз. Часто можно определить те моменты, когда иная реакция паци-

ента привела бы к другим последствиям. Поведенческий анализ и анализ решений в оптимальном случае переходят в планирование предотвращения рецидива — подход, разработанный Аланом Марлаттом (*Marlatt & Gordon, 1985*) для лечения от алкогольной зависимости.

Применение этих стратегий практически не имеет исключений. Их использование не зависит от того, какую степень медицинского риска несет поведение — высокую или низкую; не зависит от настроения пациента или его готовности к сотрудничеству (как и от настроения терапевта); от наличия других, более актуальных кризисных ситуаций. Эти стратегии не исключаются и тогда, когда пациент не может ответить на вопрос о суицидальном и/или парасуицидальном поведении. В этом случае терапевт анализирует цепь событий до того момента, когда память пациента прерывается, а затем переходит к следующему звену. При *отсутствии* поведения сотрудничества терапевт возвращается к стратегиям обязательств (описанным в главе 9) или стратегиям препятствующего терапии поведения (которые будут описаны ниже). Если время ограничено, следует сократить анализ решений в пользу поведенческого анализа. Если имеет место кризисное суицидальное поведение, которое требует немедленного внимания, осуществленное суицидальное поведение или парасуицид переходит на второе по приоритетности место, даже если его рассмотрение откладывается до следующего сеанса.

Со временем, когда выявятся типичные активаторы суицидального поведения, поведенческий анализ пойдет быстрее. Однако терапевты, которые проводят долгосрочную терапию пациентов, не должны думать, что могут делать выводы о текущем суицидальном поведении пациентов на основе предоставленной пациентами информации о подобном поведении в прошлом. Детерминанты суицидального поведения могут меняться и меняются с течением времени.

Как я уже упоминала в главах 9 и 10, поведенческий анализ (и в меньшей степени анализ решений) может считаться поведенческой коррекцией и перекоррекцией, т.е. процедурой причинно-следственного управления. По ряду причин обсуждение суицидального поведения пациента и парасуицида в прошлом может иметь характер отрицательного подкрепления. Такое обсуждение требует усилий; пациент должен концентрировать внимание, а не болтать обо всем, что придет на ум. Часто мысли и разговоры о суицидальных действиях вызывают стыд. Обсуждение суицидального поведения означает также, что другие, важные для пациента темы могут не обсуждаться из-за нехватки времени.

Если парасуицидальное и кризисное суицидальное поведение не имело места после предыдущего сеанса, следует обратить внимание на любую суицидальную идеацию или парасуицидальные побуждения, которые наблюдались за прошедшую неделю, а также когнитивные и аффективные составляющие суицидального поведения. Обсуждению суицидальной идеации и парасуицидальных побуждений редко уделяется такой же объем времени и внимания, как кризисному суицидальному поведению и парасуициду. Иногда достаточно одного-двух вопросов или подчеркивающего внимание комментария. Каждый случай суицидального и парасуицидального поведения низкого уровня отдельно не рассматривается; в противном случае не хватило бы времени для других целей.

До стабилизации изменений крайне важно подкреплять несуицидальные реакции на события, которые вызывали суицидальные реакции в прошлом. Однако зачастую единственным свидетельством этих несуицидальных реакций служит отсутствие или снижение суицидального поведения. Мой опыт показывает, что многим терапевтам трудно заниматься суицидальным поведением пациента, если оно отсутствует. Поскольку эта тема в целом имеет характер отрицательного подкрепления как для пациента, так и для терапевта, иногда кажется, что проще ее проигнорировать. Однако анализ того, как пациент избегает суицидального поведения, особенно при выраженной суицидальной идеации, парасуицидальных побуждениях и/или общей подавленности, может дать терапевту возможность положительного подкрепления альтернативного поведения по решению проблем. Со временем внимание должно слабеть, чтобы сопротивляемость пациента суицидальному поведению переходила под контроль естественных подкрепляющих факторов.

Во время сеанса необходимо предпринимать следующие действия.

1. Оценка частоты, интенсивности и серьезности суицидального поведения

Первый шаг при реагировании на осуществленное суицидальное поведение пациента — получить подробное описание. Если кризисное суицидальное поведение имело место при взаимодействии с терапевтом, это поведение рассматривается с тем, чтобы достичь согласия в его квалификации, включая содержание и форму сказанного, а также другие виды и аспекты суицидальной деятельности (составление предсмертной записки, нахождение средств самоубийства и т.п.). Если суицидальные угрозы предъявлялись другим специалистам, составляется описание того, что именно говорил и делал пациент, как он говорил и делал это и при каких обстоятельствах. Описание конкретного случая должно составляться непосредственно после сеанса.

Что касается парасуицидальных действий, терапевт выясняет точные характеристики парасуицидального поведения (например, в каком месте на теле пациента находятся порезы, насколько они глубоки, или какие именно медикаменты или другие химические вещества принимал пациент и в каком количестве), особенности окружения (пациент был один или присутствовали другие люди), физические последствия, необходимую медицинскую помощь, присутствие либо отсутствие сопровождающей суицидальной идеации и осознанные намерения, которые может вспомнить пациент. Следует тщательно оценить степень фактического риска для жизни или медицинский риск определенного случая парасуицида. Для этого можно использовать шкалу, приведенную в приложении 15.1. Эту шкалу, разработанную К. Смитом, Р. Конроем и Б. Элером (*Smith, Conroy, & Ehler, 1984*) и усовершенствованную Б. Бонгаром (*Bongar, 1991*), можно использовать в немедицинских клинических целях, и она не зависит от желания или нежелания пациента точно описывать свои намерения во время случая парасуицида. Указания по использованию шкалы были разработаны К. Смитом и усовершенствованы Б. Бонгаром.

Следует проанализировать частоту и эмоциональную интенсивность суицидальной идеации со времени предыдущего контакта. Как уже упоминалось, нет необходимости в обсуждении каждого случая продолжительной суицидальной идеации и парасуицидальных побуждений; однако значительные изменения (в сторону убы-

вания или возрастания) нужно изучать, пусть даже бегло. Периодически следует выяснять, не запланировал ли пациент самоубийство и не располагает ли он средствами, необходимыми для реализации плана; нужно также выяснять соответствующую информацию о парасуицидальных порывах. Особенно важно быть в курсе того, получает ли и хранит ли пациент средства для совершения парасуицидальных действий (собирает медикаменты, носит при себе лезвия и т.п.). Здравые подозрения иногда могут оказать терапевту хорошую услугу.

2. Проведение цепного анализа

Цепной анализ должен быть последовательным и не упускать ни малейшей детали. Терапевту необходимо собрать достаточно подробностей для того, чтобы выяснить средовые события, эмоциональные и когнитивные реакции и внешние действия, которые привели к кризисному поведению, а также последствия такого поведения (и, следовательно, функции, которые данное поведение выполняло). Отправная точка анализа — момент, который пациент определяет как начало суицидального кризиса, либо момент появления первой мысли или побуждения совершить самоубийство, угрожать самоубийством либо прибегнуть к парасуицидальным действиям. Одно из непрямых (однако запланированных) последствий такой подробной и конкретной оценки состоит в том, что вопросы терапевта (например, "И когда вы подумали о самоубийстве, до того или после?", "В то мгновение вам хотелось наложить на себя руки, или это чувство появилось позже?", "Вы сказали, что вам хотелось себя убить, потому что он собирался уйти к другой женщине. Это чувство — желание убить себя или умереть — появилось именно в ту секунду, когда он сказал о своем уходе, или же после того, как вы начали задумываться о том, что значит его уход для вас?") дают пациенту понять, что (вопреки его представлениям) суицидальные реакции *не обязательно* напрямую связаны с данным моментом или событием. Терапевту следует воспользоваться моделью оценки, описанной в главе 9.

3. Обсуждение альтернативных решений, кроме простого перенесения кризиса

Когда проблемная ситуация выделена, терапевт и пациент должны обсудить альтернативные решения, к которым мог бы прибегнуть пациент. Терапевту всегда нужно упоминать, что одним из решений проблемы могло быть перенесение болезненных последствий ситуации, в том числе негативного аффекта. Более того, необходимо подчеркнуть, что *всегда* есть несколько решений проблемы, даже самой сложной. Следует использовать модель анализа решений, представленную в главе 9.

4. Подчеркивание негативных последствий суицидального поведения

Терапевт должен перечислить сам или подвести пациента к формулировке фактических или потенциальных негативных результатов суицидального поведения. При этом используются стратегии и процедуры анализа решений, прояснения причинно-следственных отношений и иногда реципрокной коммуникации. Очень важно, чтобы пациент начал понимать негативные межличностные последствия как кризисного суицидального поведения, так и парасуицидальных действий. Пациенту может понадобиться серьезная помощь, чтобы осознать эмоциональное воздействие своего поведения на других людей, а также серьезное отношение окружения

к его суицидальному поведению. Стратегии реципрокной коммуникации могут применяться для того, чтобы предоставить пациенту обратную связь относительно разрушительного влияния его суицидального поведения на отношения с терапевтом или установки специалиста.

Даже если суицидальные действия имели место в отсутствие других людей и их негативное средовое влияние не очевидно, терапевт должен обратить внимание пациента на тот факт, что, по большому счету, суицидальное поведение не может служить средством решения проблем, даже если оно помогает добиться временного облегчения или получить необходимую помощь от окружения. Следует обсудить негативное влияние суицидального и парасуицидального поведения на самооценку пациента. В случае суицидальной идеации терапевт должен указать, что суицидальные мысли как реакция на жизненные трудности — форма избегания и лишь отвлекают внимание от разрешения возникших проблем. Суицидальные угрозы или подготовка к суициду могут отвлечь пациента от поиска более эффективных решений, а также привести к дальнейшим негативным последствиям.

5. Подкрепление несуицидальных реакций

Очень важно подкреплять несуицидальные и непарасуицидальные способы совладания с проблемными ситуациями, применяемые пациентом. Следует применять процедуры, описанные в главе 10. Подкрепляющие факторы должны включать повышенную доброжелательность по отношению к пациенту, более свободные психотерапевтические сеансы и больший контроль над распределением времени сеанса. Обычно эффективны внимание и позитивная обратная связь; однако терапевт должен внимательно следить за тем, чтобы похвала не была принята за недостаточное понимания продолжающихся эмоциональных страданий пациента. Сообщения пациента о сильной эмоциональной боли на фоне низкой суицидальной идеации или слабых парасуицидальных побуждений должны встречаться терапевтом с таким же вниманием, как и сообщения о высокой суицидальной идеации. Если пациенту нужно будет добиваться активной помощи и заботы терапевта посредством суицидального поведения, суицидальные действия, несомненно, будут продолжаться. Кроме того, пациенту может потребоваться заверение в том, что терапевт не собирается заканчивать терапию только из-за того, что его суицидальное поведение пошло на убыль.

6. Обязательства пациента по несуицидальному плану поведения

Терапевт должен помочь пациенту составить план действий по избежанию суицидального поведения в будущем при встрече с подобными проблемными ситуациями. При этом следует применять стратегии анализа решений, описанные в главе 9. Зачастую пациент утверждает, что решением проблемы может быть исключительно суицидальное поведение. Здесь возможны два варианта. Во-первых, терапевт может поговорить с пациентом о его обязательстве сделать все возможное для избежания суицидального поведения. Во-вторых, терапевт может предложить альтернативные виды несуицидального поведения и заручиться обязательством пациента опробовать эти виды поведения в качестве эксперимента. Один из видов альтернативного поведения — обращаться за помощью *до того*, как прибегать к суицидальным действиям.

7. Валидация страданий пациента

Независимо от того, каким неразумным и необоснованным может показаться суицидальное поведение, терапевт всегда должен выражать свое понимание невыносимой психологической боли, которая толкнула пациента на парасуицид или вызвала суицидальную идеацию. Очень легко увлечься непринятием суицидального поведения как способа решения проблем и проигнорировать чувства, которые привели к такому поведению. Э. Шнейдман говорит об этом более красноречиво.

> Суицид удобнее всего понимать как объединенное движение к прекращению, *а также* движение от нестерпимого, невыносимого, невозможного страдания. Я говорю о психологической боли, "метаболи", боли от ощущения боли. С традиционной психодинамической точки зрения, враждебность, стыд, чувство вины, страх, протест, желание присоединиться к умершему любимому человеку и тому подобное, все вместе и каждое по отдельности, выделяются как причинный фактор (причинные факторы) суицида. Они совсем таковыми не являются; скорее, это та боль, которая заключена в каждом из них (*Schneidman, 1992, p. 54*).

Парасуицид отличается от суицида только тем, что в нем отсутствует движение к прекращению (т.е. смерти).

8. Взаимосвязь нынешнего поведения и общих поведенческих паттернов

Терапевт должен помочь пациенту понять общие паттерны суицидального поведения. Моделью будут служить стратегии инсайта (интерпретации), описанные в главе 9. Как только такие паттерны становятся понятными, терапевт и пациент могут уделять больше внимания тому, как прийти к желаемым результатам несуицидальными способами или как эффективнее решать проблемные ситуации.

УГРОЗЫ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО СУИЦИДА ИЛИ ПАРАСУИЦИДА: ПРОТОКОЛ ДЛЯ ОСНОВНОГО ТЕРАПЕВТА

Требуется активная реакция терапевта, когда пациент непосредственно или опосредованно выражает намерение совершить самоубийство или прибегнуть к несмертельным парасуицидальным действиям. Такие сообщения могут иметь место в кризисных условиях, и терапевт встает перед необходимостью определить вероятный риск — возможно, в неурочное время и по телефону. В других случаях намерение пациента прибегнуть к парасуициду или совершить самоубийство может прозвучать во время планового психотерапевтического сеанса, при угрозе скорой реализации (например, в тот же день) или реализации при условии другого события (например, отвержение со стороны окружающих или неудача терапии). В любом случае следует прибегнуть к описанным ниже действиям.

1. Оценка суицидального или парасуицидального риска

Решающее значение имеют два вида оценки: оценка краткосрочного или непосредственного риска и оценка долгосрочного риска. Долгосрочная оценка — это определение того, относится ли индивид к группе высокого риска суицида или парасуицида. Например, соответствие критериям ПРЛ увеличивает долговременный риск и первого, и второго. Принадлежность к женскому полу повышает парасуи-

цидальный и снижает суицидальный риск. Возраст прямо пропорционален степени суицидального и обратно пропорционален степени парасуицидального риска. Факторы, относящиеся к долговременному суицидальному и парасуицидальному риску, сведены в табл. 15.3. Эти факторы подробнее обсуждаются в таких работах, как *Linehan, 1981*, и *Linehan & Shearin, 1988*. Факторы, которые помогут установить непосредственный суицидальный и парасуицидальный риск, приводятся в табл. 15.4 и также подробно обсуждаются в *Linehan, 1981* [1]. Б. Бонгар (*Bongar, 1991*), а также Р. Марис, А. Берман, Дж. Мальтсбергер и Р. Юфит (*Maris, Berman, Maltsberger, & Yufit, 1992*) тоже прекрасно описывают стратегии оценки риска. Терапевты должны так хорошо усвоить факторы риска, чтобы моментально восстановить их в памяти. В кризисной ситуации некогда рыться в пособиях.

Таблица 15.3. Факторы долгосрочного суицидального или парасуицидального риска

Фактор	Парасуицид	Суицид
I. Средовые характеристики		
А. Изменения в жизни	Потери	Потери, оплакивание потерь
	Испорченные отношения	–
	Развод или разрыв отношений	–
	Другие изменения	–
		Выписка из психиатрической больницы (в течение 6–12 месяцев после выписки)
		Негативные события после выписки
Б. Социальная поддержка		
1. Работа	Нет	Нет
2. Семейное положение	Не в браке > в браке	Не в браке > в браке
3. Семья	Враждебное отношение	Менее доступна
4. Межличностные контакты	Незначительные, отсутствие либо недостаточное количество близких людей	Незначительные, живет в одиночестве
В. Модели	Социальная связь с другими суицидами	Повышенная суицидальность семьи
	Выше после распространившейся молвы о суициде	Выше после распространившейся молвы о суициде
Г. Доступность метода	Доступен	Доступен
II. Демографические характеристики		
А. Пол	Женский > мужской	Мужской > женский (почти равное количество среди психиатрических пациентов)
Б. Возраст	Снижается с возрастом	Повышается с возрастом (снижается среди афроамериканцев, латиноамериканцев, североамериканских индейцев)
В. Расовая принадлежность	Подавляющее большинство цветного населения	Белые > цветные
III. Поведенческие характеристики		
А. Когнитивные		
1. Стиль	Негибкий	–
	Возможно, импульсивный	–
	Неудовлетворительное решение проблем	–
	Пассивный подход к решению проблем	–

Таблица 15.3 (окончание)

2. Содержание	Возможная безнадежность	Безнадежность
	Бессилие	—
	Негативная "Я"-концепция	—
Б. Физиологические и аффективные		
1. Аффективные	Гнев, враждебность	Апатия, агедония
	Депрессия	Депрессия
	Неудовлетворенность терапией	Безразличное отношение к терапии
	Выраженное предпочтение объединения и привязанности	Возможная зависимость от отношений, неудовлетворенность
	Дискомфорт с людьми	Психическая тревожность, приступы паники
2. Соматические	Возможно, слабое здоровье	Слабое здоровье (с возрастом ухудшается)
	—	Бессонница
	Низкая сопротивляемость фрустрации	Низкая сопротивляемость эмоциональной боли
	—	Суицид у кровных родственников
В. Внешнее поведение		
1. Межличностное	Слабая социальная вовлеченность	Слабая социальная вовлеченность
	Менее склонны обращаться за помощью	Менее склонны обращаться за поддержкой или вниманием
	Сильные противоречия и конфликты	Различные данные о противоречиях и конфликтах
2. Общие поведенческие характеристики	20–55% предыдущего парасуицидального поведения	20–55% предыдущего парасуицидального поведения
	Злоупотребление алкоголем или наркотиками	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
	—	Криминальное поведение (молодежь)
	Безработные	Безработные и пенсионеры

Примечание. Адаптировано из: "A Social-Behavioral Analysis of Suicide and Parasuicide: Implications for Clinical Assessment and Treatment" by M. M. Linen, 1981, in H. Glaezer and J. F. Clarkin (Eds.), *Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies*. New York: *Garland*. © 1981 by *Garland Publishing*. Адаптировано с разрешения.

Как суициденты, так и индивиды, совершающие неопасные для жизни парасуицидальные действия, часто сообщают о своих намерениях заранее. Например, пациенты с ПРЛ, которые часто прибегают к парасуициду, могут сообщать о побуждениях или о мыслях нанести себе увечья, на несколько дней усыпить себя снотворным и т.п. Этим они могут четко дать понять, что не собираются убивать себя. Например, пациент, который собирается вскрыть себе вены, говорит, что делает это только для того, чтобы облегчить невыносимое эмоциональное напряжение. Индивид, который собирается покончить с собой, также может откровенно сообщать о своих намерениях.

Пациенты также часто думают о суицидальном поведении или планируют его, прямо не уведомляя об этом терапевтов. Возникает вопрос: следует ли терапевту спрашивать о суицидальной идеации, если пациент не затрагивает этой темы? Несколько моментов могут подтверждать необходимость выяснения суицидальной идеации. Любое событие, которое было активатором суицидальной или парасуицидальной идеации в прошлом, обусловливает необходимость такого опроса. Кроме того, сообщения пациента о том, что он не может больше выносить такой жизни,

хотел бы умереть или облегчить жизнь другим своей смертью и т.п., служат для терапевта сигналом о необходимости дальнейшего анализа.

Как только становится ясно, что пациент думает о суициде или парасуициде, терапевт должен переходить к оценке факторов непосредственного риска, приведенных в табл. 15.4. Очень важно, чтобы терапевт расспросил пациента о методе совершения суицида или парасуицида, который он собирается применять (и доступны ли средства реализации его плана). Если пациент собирается использовать повышенную дозу медикаментов, следует расспросить его о том, какими из них он располагает в настоящее время (или какие медикаменты он может достать), а также о количестве и допустимой дозировке. Кроме того, терапевт должен выяснить, написал ли пациент предсмертную записку, намерен ли изолировать себя от других людей, предпринял ли меры к тому, чтобы его планы не обнаружили и не расстроили. Также важно узнать, насколько доступна пациенту помощь окружающих и будет ли она доступна в течение следующих нескольких дней, до следующего сеанса. Если пациент отказывается сообщить такую информацию, риск, конечно, выше. Терапевт должен внимательно следить за признаками тяжелого или ухудшающегося депрессивного аффекта и возникающих приступов паники. Если оценка риска проводится по телефону, важно выяснить, употреблял ли пациент алкоголь или принимал накануне медикаменты, которые ему не были прописаны, где находится пациент в данное время и где находятся близкие пациенту люди.

Таблица 15.4. Факторы непосредственного суицидального или парасуицидального риска

II. Прямые показатели непосредственного суицидального или парасуицидального риска

1. Суицидальная идеация.
2. Суицидальные угрозы.
3. Суицидальное планирование и/или подготовка самоубийства.
4. Совершение парасуицидальных действий за прошедший год.

II. Косвенные показатели непосредственного суицидального или парасуицидального риска

1. Характеристики пациента соответствуют критериям групп суицидального или парасуицидального риска.
2. Недавний разрыв или нарушение межличностных отношений; негативные средовые изменения за последние месяцы; недавняя выписка из психиатрической больницы.
3. Безразличие к терапии или неудовлетворенность ею; побег из психиатрической больницы и возвращение в нее.
4. Безнадежность, гнев или обе эти эмоции.
5. Недавние болезни.
6. Непрямые упоминания о собственной смерти, подготовка к смерти.
7. Резкие клинические изменения, негативные либо позитивные.

II. Обстоятельства, связанные с суицидом и/или парасуицидом в последующие несколько часов/дней

1. Депрессивная суета, сильная тревога, приступы паники, резкие колебания настроения.
2. Употребление спиртных напитков.
3. Составление предсмертной записки.
4. Доступность методов совершения самоубийства.
5. Изоляция.
6. Меры предосторожности против обнаружения или вмешательства; ложь или замалчивание места, времени планируемого суицида и т.п.

Примечание. Адаптировано из: "A Social-Behavioral Analysis of Suicide and Parasuicide: Implications for Clinical Assessment and Treatment" by M. M. Linehan, 1981, in H. Glaezer and J. F. Clarkin (Eds.), *Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies.* New York: *Garland.* © 1981 by *Garland Publishing.* Адаптировано с разрешения.

Опасные для жизни медикаменты: карточки кризисного планирования. Пациенты, которые угрожают принять чрезмерную дозу медикаментов, часто крадут их у родственников или друзей. Нередко пациенты имеют смутное представление о том, что это за медикаменты, либо могут описать их внешний вид, но не знают названия или способа употребления и дозировки. "Настольный справочник врача" (*Physicians' Desk Reference — PDR*) может быть весьма полезным для определения конкретных медикаментов и их доз, которыми располагает или которые принял пациент. Индивиды без медицинского образования в обычных обстоятельствах не должны принимать решения относительно угрозы для жизни или медицинского риска медикаментов, которые пациент принял либо угрожает принять. Результаты сочетания медикаментов с другими медикаментами или алкоголем, специфические медицинские условия, вес пациента и другие факторы делают такое решение очень сложным.

Однако реакция на суицидальные угрозы будет зависеть от оценки терапевтом реальной опасности для жизни или значительного вреда для пациента. Поэтому очень важно предпринять попытку удостовериться в опасности для жизни имеющихся у пациента или принятых им медикаментов. Для этого существует ряд процедур. Во-первых, терапевту следует составить и заполнить карточку кризисного планирования (рис. 15.1). Карточка кризисного планирования должна включать информацию о всех прописанных и не назначенных пациенту медикаментах, которые у него имеются или которые он принимает, вместе с информацией о дозировке, назначившем медикаменты враче и массе тела пациента в килограммах. Карточка кризисного планирования должна также содержать сведения о среднесуточной дозе регулярно принимаемых или имеющихся у пациента лекарственных препаратов. Важно помнить о том, что потенциально неопасная для жизни доза может быть опасна в медицинском плане. Поэтому одной только информации об опасности для жизни тех или иных медикаментозных средств недостаточно для адекватного реагирования терапевта.

Во-вторых, терапевт с медицинским образованием должен всегда подтверждать свою оценку степени риска для жизни медикаментов, консультируясь со специалистом. Иногда проблема — получить необходимую информацию у квалифицированного человека; некоторые боятся ответственности. Мой опыт показывает, что лучше всего звонить в местное отделение психиатрической "скорой помощи" (и чем больше они заняты, тем лучше). Именно в этом месте менее всего будут настаивать на ненужной госпитализации и предлагать свою помощь. Терапевт, которому известна точная доза, которую принял или собирается принять пациент, а также вес пациента, и который располагает информацией о приеме пациентом алкоголя или наркотиков и осведомлен о медицинских проблемах пациента, обычно может получить очень хорошую консультацию. Если терапевт не может получить хорошую консультацию, лучше быть излишне осторожным, чем наоборот.

Если терапевт не имеет медицинского образования, он должен следовать совету специалиста относительно необходимости врачебного контроля. (В случае если совет вызывает сомнения, следует проконсультироваться с другим специалистом.) Важность этого шага невозможно переоценить. Уставший или перегруженный работой терапевт, которого ждут другие обязанности, может недооценить последствия передозировки. Реакция пациента на принятые медикаменты может быть

Дата

Имя и фамилия пациента ____________ Клинический номер ____________ Дата рождения ________ Масса тела (кг) ________

Домашний адрес ____________________

Рабочий адрес ____________________

Номер телефона (домашний) ____________ (рабочий) ____________
Близкие люди:

Фамилия и имя ____________ Номер телефона ________ Город ________

Отношения ____________

Родственники:

Фамилия и имя ____________ Номер телефона ________ Город ________

Отношения ____________

Направляющий терапевт:
Фамилия и имя ____________ Номер телефона ________ Город ________

Индивидуальный терапевт в данное время:
Фамилия и имя ____________
Номер телефона (днем) ________
Номер телефона (вечером и ночью) ________

Основной терапевт, ведущий тренинг навыков:
Фамилия и имя ____________
Номер телефона (днем) ________
Номер телефона (вечером и ночью) ________

Вспомогательный терапевт, ведущий тренинг навыков:
Фамилия и имя ____________
Номер телефона (днем) ________
Номер телефона (вечером и ночью) ________

Фармакотерапевт:
Фамилия и имя ____________
Номер телефона (днем) ________
Номер телефона (вечером и ночью) ________

КРИЗИСНЫЙ ПЛАН:
Информация направляющего терапевта
(краткая история парасуицидального поведения, терапевтический план)

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

МЕДИКАМЕНТЫ

Прием ____________ Родовое название ____________________ Дата __________

Медицинская служба __________________________ Номер телефона __________

Фармацевт ______________________________ Номер телефона __________

Суточная доза, мг/г ___ Количество таблеток/капсул, принимаемых в сутки ______ Содержание активного вещества в таблетке/капсуле, мг/г _____

Обычное количество при назначении __________ Предостережения __________

Примечания ____

Дата прекращения приема __________ Количество оставшихся таблеток/капсул _______

Прием ____________ Родовое название ____________________ Дата __________

Медицинская служба __________________________ Номер телефона __________

Фармацевт ______________________________ Номер телефона __________

Суточная доза, мг/г ___ Количество таблеток/капсул, принимаемых в сутки ______ Содержание активного вещества в таблетке/капсуле, мг/г _____

Обычное количество при назначении __________ Предостережения __________

Примечания ____

Дата прекращения приема __________ Количество оставшихся таблеток/капсул _______

Прием ____________ Родовое название ____________________ Дата __________

Медицинская служба __________________________ Номер телефона __________

Фармацевт ______________________________ Номер телефона __________

Суточная доза, мг/г ___ Количество таблеток/капсул, принимаемых в сутки ______ Содержание активного вещества в таблетке/капсуле, мг/г _____

Обычное количество при назначении __________ Предостережения __________

Примечания ____

Дата прекращения приема __________ Количество оставшихся таблеток/капсул _______

Рис. 15.1. Карточка кризисного планирования ДПТ

замедленной, и нормальный внешний вид пациента не может быть достаточным основанием для бездействия. Зачастую терапевт, оправдывая свое бездействие, говорит, что медицинский контроль подкрепляет суицидальное поведение, однако такая позиция может привести к опасным для жизни пациента последствиям.

Другие опасные для жизни способы. Пациенты могут угрожать самоубийством не только с помощью передозировки. Поэтому терапевту должен быть известен возможный риск для жизни различных суицидальных методов. Очевидно, например, что прыжок с метровой высоты менее рискован, чем с пятнадцатиметровой. Обычные суицидальные методы перечислены ниже (с убывающим риском опасности для жизни): 1) использование огнестрельного оружия и взрывчатых веществ; 2) падение с большой высоты; 3) порезы и прокалывание жизненно важных органов; 4) повешение; 5) утопление (при неумении плавать); 6) отравление твердыми

и жидкими веществами; 7) порезы и прокалывание не жизненно важных органов; 8) утопление (при умении плавать); 9) отравление газами; 10) прием анальгетиков и снотворных средств (*Schutz, 1982*).

2. Изъятие опасных для жизни средств или принуждение пациента к избавлению от них

Как только терапевт устанавливает степень суицидальности пациента и наличие у него опасных для жизни средств, основное внимание уделяется тому, чтобы убедить пациента отдать их терапевту или избавиться от них самостоятельно. Во время телефонных консультаций терапевт может попросить пациента выбросить таблетки в унитаз или отдать их родственнику либо знакомому, который проживает вместе с ним или поблизости. Если пациент употребляет алкоголь и планирует принять чрезмерную дозу медикаментов, его нужно попросить вылить спиртные напитки. Лезвия, другие режущие и колющие предметы, спички, яды и т.п. следует выбросить в мусорный ящик на улице. Оружие или боеприпасы можно запереть в багажник автомобиля, сейф, шкафчик, а ключи передать другому человеку. Главное — сделать средства совершения самоубийства как можно менее доступными для пациента; терапевту, возможно, придется проявить при этом изобретательность. При личной встрече нужно попросить пациента передать терапевту те средства совершения самоубийства, которые у него имеются.

Терапевт должен давать эти указания в спокойной, будничной манере и выражать уверенность в том, что пациент их выполнит. Если терапевт и пациент говорят по телефону, терапевт просто должен объяснить пациенту, что делать, и ждать, пока он не избавится от опасных для жизни средств. Если пациент угрожает суицидом во время планового психотерапевтического сеанса, терапевт просит его принести опасные для жизни средства на следующий сеанс или даже сходить домой и сразу же вернуться с этими средствами. Хранение опасных для жизни средств можно расценивать как препятствующее терапии поведение и уделять ему соответствующее внимание. Это время использования стратегий реципрокной коммуникации в комбинации со стратегиями соблюдения границ.

Важно, чтобы терапевт не отвлекался от задачи изъятия опасных для жизни средств. Их хранение часто воспринимается пациентом как фактор безопасности; он может встревожиться, если его собираются лишить возможности покончить с собой. Обычное обоснование изъятия опасных для жизни средств — утверждение, что присутствие таковых может привести к случайному самоубийству без суицидального намерения пациента. Терапевт также может подчеркнуть, что в будущем пациент сможет снова запастись опасными для жизни средствами. Удаление опасных для жизни средств должно быть представлено как возможность для пациента подумать, а не как полное предотвращение любого суицидального поведения в будущем.

Также очень важно не слишком "давить" на пациента, когда становится ясно, что он не собирается подчиняться терапевту и избавляться от опасных для жизни средств. Конфликт, который может возникнуть в противном случае, будет тяжелым для терапевта. Если пациент отказывается избавляться от опасных для жизни средств, следует просто отступить и снова затронуть эту тему при следующем контакте. Такая настойчивость обычно вознаграждается. Однако терапевту не следует преуменьшать

важность изъятия опасных для жизни средств у пациента. Одна из моих пациенток накопила такой запас медикаментов, что хватило бы на несколько самоубийств. Два года она не соглашалась с ними расстаться, потому что они были для нее гарантией безопасности. Наконец она принесла их мне — в коробке из-под обуви, с нарисованным сверху крестом и цветочками, словно в гробу. Она "похоронила" средства совершения самоубийства, и это было поворотным пунктом терапии.

3. Эмпатический призыв не совершать суицида или парасуицида

Часто полезно обратиться к пациенту с эмпатическим призывом не убивать себя или не причинять себе вреда. Опять-таки, терапевт может сказать пациенту, что воздержание от суицидального поведения в настоящем не помешает ему вернуться к суицидальному поведению *в будущем.*

4. Отстаивание позиции, что суицид — не решение проблемы

Суицидальные пациенты часто пытаются убедить терапевтов в том, что суицид — хорошее решение проблемы, чтобы добиться "разрешения" на самоубийство. Очень важно, чтобы терапевт не давал пациенту подобного "разрешения". Поэтому диалектико-поведенческий терапевт *ни в коем случае* не должен говорить пациенту, чтобы он следовал своим суицидальным планам и причинял себе вред, руководствуясь ошибочным предположением о том, что такие указания вызовут противодействие пациента и будут тормозить суицидальное поведение (терапевт не должен использовать технику парадоксальных инструкций). Столь же недопустимо "дразнить" пациента, утверждая, что он не будет осуществлять свои суицидальные угрозы. Такие утверждения терапевта могут подтолкнуть пациента к суицидальным действиям для доказательства того, что он *не* шутит. Наоборот, терапевт должен валидировать эмоциональную боль, которая привела к суицидальному поведению, и в то же время отказаться от валидации такого поведения как подходящего решения (аргументы против суицидального поведения приводятся в главе 5).

5. Обнадеживающие утверждения и способы решения проблемы

Иногда в кризисных ситуациях терапевту лучше всего предложить пациенту как можно больше обнадеживающих утверждений и способов решения проблемы в надежде, что тот осознает существование альтернативных решений в качестве противовеса суицидальному поведению. Если одни альтернативы не убеждают пациента, следует предлагать другие. Однажды я посетила одну из моих пациенток на дому — она угрожала самоубийством, потому что ее муж и дети жестоко над ней издевались. Пациентка совсем потеряла надежду. Я провела с ней больше часа, пока другой терапевт беседовал с ее родственниками. Было поздно, и мне хотелось разрешить кризис, чтобы уйти домой. Однако ничего не помогало — пациентка отвергала любое решение, которое я предлагала. Наконец, я сказала: "То, что ваш брак обернулся несчастьем, вовсе не означает, что вся ваша жизнь должна быть несчастливой". Пациентка посмотрела на меня в крайнем удивлении и ответила: "Я никогда об этом не думала, но, мне кажется, вы правы". Мы поговорили еще несколько минут, и кризис был улажен. Я расширила границы ее восприятия, что дало пациентке возможность по-новому интерпретировать свою жизнь и добиться изменений.

Полезно фокусировать внимание не на планируемом суицидальном поведении, а на проблемной ситуации, потому что выраженный акцент на суицидальном поведении будет отвлекать внимание от поиска альтернативных решений. Некоторые проблемы могут быть настолько сложны, что даже терапевт не сможет предложить альтернатив, способных изменить восприятие ситуации пациентом. В таких случаях терапевт должен просто сказать, что хотя они и не могут придумать несуицидальных решений ситуации в данный момент, это *не* доказательство того, что их нет. Затем можно обсудить необратимость суицида как способа решения проблемы и возможность отсрочки суицида.

6. Высокий непосредственный суицидальный риск: поддержание контакта и следование терапевтическому плану

Вероятно, самой трудной терапевтической ситуацией, с которой сталкивается терапевт, будет такая, при которой пациент убежден в необходимости суицида, социально изолирован и отказывается принять контраргументы терапевта. Общее правило в этом случае — поддерживать контакт с пациентом, лично или по телефону, пока терапевт не убедится в безопасности пациента (безопасности от самоубийства или серьезного вреда). Если это возможно, терапевтический сеанс или телефонную консультацию следует продлить до тех пор, пока терапевт не сможет разработать с пациентом эффективный антисуицидальный план. Может понадобиться визит на дом к пациенту, если только такой визит не будет подкреплять проявлений суицидального поведения. ДПТ требует, чтобы терапевт посещал пациентов на дому вместе с другим членом терапевтического коллектива (и никогда не делал это в одиночку) и чтобы терапевта-мужчину всегда сопровождала терапевт-женщина. Посещение на дому в ДПТ — явление чрезвычайно редкое. Терапевт, который не может поддерживать контакт, должен заручиться поддержкой значимых для пациента членов окружения, других специалистов (таких, например, как кто-либо из близких пациента, если тот проживает в расширенной семье, или его индивидуальный "управляющий") либо предложить временную госпитализацию. Высокий непосредственный суицидальный риск — не время думать о соблюдении конфиденциальности. Если пациент не возражает, его можно направить в местное отделение скорой психиатрической помощи. Самое главное — выбрать наиболее щадящий способ вмешательства.

Факторы риска, оперантное и респондентное поведение. При планировании терапии и активности реагирования на суицидальный кризис важно помнить о двух факторах. Первый фактор — краткосрочный суицидальный риск (если не будет активного вмешательства терапевта). Второй фактор — долгосрочный суицидальный риск, т.е. неудовлетворительная жизнь пациента (если не будет активного вмешательства терапевта). Реакция на пациента в любой ситуации требует понимания имеющихся факторов риска и функций суицидального поведения для нового пациента, поэтому на ранних этапах терапия должна быть более традиционной и активной.

Факторы риска уже упоминались. Общее правило следующее: чем выше риск, тем более активной должна быть реакция терапевта. Однако терапевт должен учитывать и функции суицидального поведения, и возможные долгосрочные последствия различных алгоритмов действий. Хотя определенная реакция может привести

к краткосрочному снижению вероятности суицида, та же реакция может повысить вероятность самоубийства в будущем. Самый важный анализ, который при этом следует провести, подразумевает выяснение того, к какому типу поведения относится суицидальная идеация, подготовка и коммуникация — оперантному или респондентному. *Респондентное* поведение автоматически активируется ситуацией или определенным стимулом, контролируется предшествующими событиями, а не последствиями. Суицидальная идеация и угрозы самоубийства, вызванные крайней степенью отчаяния и желанием смерти, приказывающими совершить самоубийство "голосами", тяжелой депрессией, могут быть примерами респондентного суицидального поведения. При таком типе поведения терапевту не нужно излишне опасаться того, что своим вмешательством он подкрепит суицидальные тенденции пациента. *Оперантное* суицидальное поведение контролируется последствиями. Такое поведение направлено на окружение. Если суицидальная идеация и угрозы выполняют функцию активного вовлечения других людей (для получения помощи, внимания и заботы, решения проблем, госпитализации и т.п.), они функционально оперантны. В этих случаях терапевты должны быть очень осторожны, чтобы не допустить ненамеренного положительного подкрепления того самого суицидального поведения высокой степени риска, которое они пытаются изменить. Трудность состоит в том, что если терапевт избегает активного вовлечения, со стороны пациента может последовать такая эскалация суицидального поведения, что терапевту придется вмешаться. Вмешательство на этом этапе может подкреплять более опасное для жизни поведение пациента, чем более раннее вмешательство. По мере эскалации суицидального поведения степень его опасности для жизни повышается.

По большей части суицидальное поведение пациентов с ПРЛ выступает одновременно и как респондентное, и как оперантное. Отчаяние, безнадежность и невыносимость жизни вызывают суицидальное поведение. Реакция окружения — оказание помощи, повышенное внимание к индивиду, его изоляция от неблагополучной среды и т.п. — подкрепляет суицидальное поведение. Лучшая реакция — та, которая устраняет причины суицидального поведения и как можно меньше подкрепляет это поведение. Если только нет серьезной опасности для жизни и здоровья пациента, перед активным вмешательством с потенциально подкрепляющим действием сначала требуется некоторое улучшение поведения пациента и обеспечение его безопасности.

Крайне необходима гибкость реакции на суицидальное поведение. Терапевт должен выяснить функции поведения, а затем приступать к активным действиям, но не такого рода, чтобы они подкрепляли функциональность суицидального поведения пациента. Есть много способов обеспечения безопасности пациента. Например, когда функция суицидального поведения состоит в том, чтобы добиться внимания терапевта, и психиатрическая госпитализация воспринимается пациентом как нежелательная, терапевт может обеспечить безопасность пациента, не подкрепляя суицидального поведения, если будет настаивать, что ситуация настолько серьезна, что немедленная госпитализация неизбежна. Конечно, при этом не стоит уделять пациенту особого внимания после госпитализации. Если функция суицидального поведения состоит в том, чтобы обеспечить пациенту госпитализацию, реакция терапевта, конечно же, должна быть совсем другой. В этом случае

необходимо уделять пациенту гораздо больше времени и обеспечить активную амбулаторную помощь либо задействовать достаточно социальных ресурсов, чтобы обеспечить его безопасность вне стационара. Или, возможно, следует подумать о принудительной психиатрической госпитализации (если это не подкрепляющий фактор). Всегда полезно знать, какие психиатрические больницы пациент предпочитает для госпитализации, и отправлять суицидального пациента в *наименее* желательное для него место, если это возможно.

Еще больше осложняет дело то, что терапевт должен помнить о задаче устранения последствий, которые фактически подкрепляют суицидальное поведение определенного пациента. Как вы помните из главы 10, факторы подкрепления и наказания определенного пациента могут быть установлены лишь путем эмпирического наблюдения. То, что пациенту не нравятся определенные последствия или что он жалуется на них, вовсе не означает, что данное последствие не имеет подкрепляющего воздействия. Необходимость понимания того, какие последствия подкрепляют суицидальное поведение пациента, — основная причина упора ДПТ на подробном поведенческом анализе каждого случая парасуицидального и кризисного суицидального поведения.

Итак, что касается оперантного суицидального поведения, нужно разработать такую реакцию, которая была бы естественной, в определенной степени отрицательно подкрепляющей (но не настолько, чтобы лишь временно подавлять суицидальное поведение пациента или приглушать его) и не была бы фактором положительного подкрепления для определенного пациента. Обычно (но не всегда) это означает терапевтическую реакцию, которая отличается от той, что предпочел бы пациент. Для респондентного суицидального поведения необходимо разработать такую терапевтическую реакцию, которая останавливала бы (или, как минимум, ослабляла) вызывающие суицидальное поведение события, обучала пациента их предотвращению в будущем и подкрепляла альтернативное поведение решения проблем. При сочетании оперантного и респондентного видов суицидального поведения следует комбинировать описанные стратегии.

При этом важны два момента. Во-первых, решение относительно вида суицидального поведения — оперантное или респондентное — должно приниматься на основе тщательной оценки. Теоретические предположения здесь не помогут, необходимо только непосредственное наблюдение. Во-вторых, при работе с хронически суицидальными пациентами порой приходится соглашаться на довольно высокий краткосрочный риск, чтобы добиться долгосрочных результатов. Терапевту очень трудно чувствовать себя в безопасности, когда пациент прямо или косвенно угрожает самоубийством. Трудность подбора оптимального способа реагирования наиболее велика в том случае, когда суицидальное поведение относится к комбинированному оперантно-респондентному типу и подвергалось периодическому подкреплению. Риск, сопутствующий таким ситуациям, делает ДПТ несколько похожей на опасную игру уличных гонщиков “кто первым струсит”, когда два автомобилиста разгоняются и направляют машины в стену, а проигрывает тот, кто свернет в сторону первым.

Обычно активные средовые интервенции предпринимаются для предотвращения суицида, но не парасуицида, если только нет оснований считать, что парасуи-

цидальные действия повлекут серьезный вред для здоровья пациента. Как правило, неопасные для жизни ожоги, порезы, небольшое превышение дозы медикаментов не будут основанием для средовых интервенций со стороны терапевта. Терапевт выбирает между двумя подходами: консультирования пациента и средовых интервенций, обычно останавливаясь на первом. При работе с хронически парасуицидальными пациентами терапевт может подождать нескольких случаев возобновления суицидального поведения, прежде чем над ним будет установлен контроль. Однако очень важно, чтобы суицидальное поведение пациента контролировалось им самим, а не терапевтом или социальным окружением.

Принудительная психиатрическая госпитализация. Критерии того, когда и как госпитализировать пациентов, включая суицидальных, описаны ниже в связи со стратегиями дополнительного лечения. ДПТ не имеет особой политики относительно принудительной психиатрической госпитализации индивидов с высоким суицидальным риском. Одни терапевты с большей готовностью прибегают к этой мере, чем другие; мнения относительно ее эффективности и этичности разделяются. В ДПТ очень важно, чтобы терапевт обязательно определился со своей позицией в этом вопросе *до того*, как пациент проявит суицидальные наклонности, потому что в разгар суицидального кризиса раздумывать над этим некогда. Кроме того, терапевты должны знать законодательные положения, процедуры и судебные прецеденты относительно принудительной психиатрической госпитализации.

Терапевту очень важно ясно понимать основания для принудительной госпитализации. Зачастую терапевт действует в собственных интересах (когда боится ответственности или устает), а не в интересах пациента. В любом случае, когда госпитализация происходит вопреки желанию пациента, мнения сторон относительно его интересов вступают в конфликт. К счастью или несчастью, когда индивид убедительно угрожает самоубийством, согласно американским законам он теряет личное право на свободу, а терапевт получает право в определенной мере распоряжаться его судьбой. Такой порядок имеет место, несмотря на то что не существует каких-либо эмпирических доказательств, что принудительная госпитализация действительно снижает суицидальный риск.

В тех случаях, когда речь идет о собственных интересах терапевта, можно применять стратегии соблюдения границ и реципрокной коммуникации, чтобы сообщить об этом пациенту. Например, терапевт принудительно госпитализирует пациента, чтобы избежать судебной ответственности в случае совершения им самоубийства. Специалист может осознавать, что госпитализация подкрепляет суицидальное поведение, но не хочет брать на себя ответственность за такое поведение. Некоторые терапевты больше других готовы к риску. Не все активные средовые интервенции можно оправдать заботой терапевта о благополучии пациента независимо от интересов самого терапевта. Если поведение пациента пугает терапевта, следует объяснить это пациенту, а также рассказать ему о своем праве на нормальное существование. Если дело не касается личных интересов терапевта — когда, например, суицидальный риск представляется слишком высоким, а пациент кажется неспособным действовать в своих интересах — это также следует довести до сведения пациента. Например, хотя я и против принудительной госпитализации как метода предотвращения самоубийства, я бы не задумываясь поместила в боль-

ницу активно суицидального индивида в разгар у него психотического кризиса. Важный акцент — помощь пациенту в понимании мотивов тех членов социума, которые обязаны реагировать на его суицидальное поведение.

Позицию терапевта относительно принудительной госпитализации и возможного реагирования на высокий непосредственный суицидальный риск следует вразумительно объяснять пациенту в самом начале терапии. Лично я сообщаю своим пациентам, что если поверю в возможность совершения ими самоубийства, то, скорее всего, буду предпринимать активные меры, чтобы им воспрепятствовать. Хотя я признаю право индивида на самоопределение (включая право пациентов с ПРЛ, проходящих терапию), я не собираюсь рисковать своей карьерой и своей терапевтической программой из-за судебного преследования за самоубийство пациента (которое могла предотвратить). Я объясняю, почему настроена против принудительной психиатрической госпитализации, но уточняю при этом, что могу отступить от своих принципов, если возникнет такая необходимость. Объясняю, что если речь идет о конфликте права пациента на самоопределение (в том числе суицидальное поведение) и свободу от принудительной психиатрической госпитализации, с одной стороны, и моего права на сохранение профессиональной практики и терапевтической программы для помощи другим людям, которые решают вопросы жизни и смерти, с другой стороны, я, скорее всего, в первую очередь буду заботиться о своем праве. Хотя при этом используется стиль негативной коммуникации, терапевтическое значение этого сообщения имеет большое значение. Суицид нельзя рассматривать вне его межличностного контекста. Приходя на терапию, пациент вступает в межличностные отношения, в контексте которых проявятся последствия его поведения. Это же, конечно, относится и к поведению терапевта, и нужно рассмотреть отношение пациента к принудительной госпитализации и праве на суицидальное поведение.

7. Предвидение рецидивов суицидальных побуждений

Как только непосредственный суицидальный риск устраняется, терапевт должен учесть и предвидеть рецидивы суицидальных или парасуицидальных побуждений.

8. Ограничения конфиденциальности

Пациент, который угрожает самоубийством или демонстрирует потенциально опасное для жизни суицидальное поведение, часто просит терапевта о сохранении конфиденциальности. Терапевт не должен на это соглашаться. Следует четко объяснить свою позицию по этому вопросу на этапе ориентирования как пациенту, так и его родным.

ТЕКУЩЕЕ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ПРОТОКОЛ ДЛЯ ОСНОВНОГО ТЕРАПЕВТА

1. Оценка и реагирование на чрезвычайные ситуации

Если пациент звонит терапевту после начала парасуицидальных действий или парасуицидальное поведение начинается во время телефонной консультации со специалистом, терапевт должен немедленно заняться оценкой потенциальной опасности для жизни этого поведения, узнать местонахождение пациента в данный момент и

номер телефона, по которому можно с ним связаться. В случае передозировки медикаментозных средств следует использовать карточку кризисного планирования, чтобы определить потенциальную опасность для жизни пациента. Если пациент наносит себе порезы, терапевт должен установить степень потери крови и необходимость специальной медицинской помощи. Если пациент открыл газ, нужно установить, есть ли вентиляция и как долго включен газ. Если пациент пил химические вещества (например, очистители или отбеливатель), нужно установить их тип и количество.

Если членовредительство пациента несет возможную угрозу для жизни, следует оценить степень риска, а также присутствие других людей и возможность пациента самостоятельно обратиться за медицинской помощью. Если требуется срочная медицинская помощь, терапевту нужно заручиться помощью других людей, которые находятся рядом с пациентом, и сразу же вызвать "скорую", сообщив местонахождение пациента и характер парасуицидального поведения. (Эта потенциальная необходимость требует, чтобы все терапевты всегда имели при себе адреса и телефоны своих пациентов.) Затем следует перезвонить пациенту и поддерживать с ним контакт до тех пор, пока не прибудет "скорая помощь". Если требуется медицинская помощь, но не срочная, терапевт сначала должен удостовериться, что пациент не возражает против медицинской помощи; если нет, то следует помочь пациенту решить, как и где получить эту помощь. В зависимости от ситуации и состояния пациента можно попросить людей из окружения пациента помочь доставить его в больницу или вызвать для него такси. В зависимости от того, насколько специалист доверяет пациенту, можно попросить пациента перезвонить из больницы и сообщить о своем положении. Однако эту телефонную беседу следует ограничить темой физического состояния пациента и требуемого медицинского лечения.

Часто пациенты при совершении парасуицидальных действий не хотят обращаться за медицинской помощью, опасаясь (зачастую небезосновательно), что это кончится принудительной психиатрической госпитализацией. В этом случае терапевт должен применить стратегии решения проблем. Если есть необходимость во врачебном контроле (или если терапевт просто опасается, что она может возникнуть), такую возможность, как отказ от медицинского осмотра, пациент вообще не должен иметь. При этом многое зависит от терапевтических отношений, которые должны быть главным союзником терапевта. Если только нет высокого суицидального риска в случае отказа от госпитализации (или пациент нуждается в продолжительном медицинском контроле), ДПТ не рекомендует помещать пациента в клинику после случая парасуицида. Наших пациентов учат сообщать медицинскому персоналу "скорой" о том, что они проходят нашу терапевтическую программу и что помещение в психиатрическую больницу не предусмотрено терапевтическим планом. При этом пациент должен использовать все свои навыки межличностного общения. Если пациенту не удается убедить врачей или психиатров, он просит их позвонить его индивидуальному терапевту, чтобы тот подтвердил информацию пациента о том, что психиатрическая госпитализация в данном случае не поддерживается ДПТ. Иногда врачи боятся брать на себя ответственность за освобождение пациента от психиатрической госпитализации. Меня множество раз спрашивали, согласна ли я принять на себя клиническую ответственность за пациента, если врачи его отпустят. Это решение может быть для терапевта очень трудным, потому

что обычно терапевт принимает его во время телефонного разговора, в отсутствие пациента. Решение терапевта должно зависеть от того, насколько хорошо он знает пациента, а также от степени риска. Реакция терапевта, с другой стороны, будет иметь важное значение для терапевтических отношений с данным пациентом.

Например, одна из моих пациенток, недавно начавшая терапию, приняла довольно опасную дозу разных медикаментов. Ее мать позвонила мне, и я велела ей обращаться в "скорую". Потом мне позвонила пациентка, умоляя поговорить с врачом, который угрожал насильно поместить ее в психиатрическую больницу. Хотя угрозы для жизни или здоровья пациентки явно не было, врач считал, что в подобном случае нужно обязательно ее госпитализировать. Он настаивал, чтобы я взяла на себя всю клиническую ответственность за пациентку, и тогда он ее отпустит. Разговаривая с пациенткой, я сказала ей, что несу за нее ответственность, и спросила, обязуется ли она избегать суицидального поведения в будущем и насколько она хочет и может соблюдать такие обязательства. После наставлений о том, как говорить с врачом, и уточнения времени нашей следующей встречи я сказала врачу, что беру на себя ответственность за пациентку. Мне было нелегко принять такое решение, но я полагала, что пациентка оценит мое доверие по достоинству. Однако, как правило, оказывается достаточно навыков межличностного общения самих пациентов (с некоторыми инструкциями терапевта); в таких случаях лучшая стратегия для терапевта — рекомендовать бригаде "скорой помощи", реанимации или представителям власти следовать своим обычным процедурам.

Хотя самое главное в подобных кризисных ситуациях — сохранить жизнь пациента, для долгосрочной терапии суицидального индивида важны два момента. Во-первых, терапевт должен сотрудничать с представителями социального окружения, чтобы разработать *общие* стратегии кризисного реагирования, которые минимально подкрепляют суицидальное поведение. Во-вторых, не следует препятствовать социальным последствиям серьезного суицидального поведения пациента. Терапевт должен постоянно повторять пациенту, что он не может управлять социальными структурами. Благодаря этому у пациента смогут сложиться реалистические представления о вероятных социальных реакциях на его суицидальное поведение.

Суицидальный пациент быстро сможет оценить разницу между реакциями диалектико-поведенческого терапевта и социального окружения на его суицидальное поведение. Обычно социальные организации и учреждения реагируют на суицидальное поведение пациента гораздо активнее, чем диалектико-поведенческий терапевт. В этих случаях терапевт должен в деловом тоне обсудить с пациентом результаты его поведения, которое пугает других людей.

2. Правило 24 часов

Если парасуицидальное поведение пациента очевидно не представляет угрозы для его жизни сейчас или в будущем, терапевт должен придерживаться правила 24 часов, которое подробнее описывается в связи со стратегиями телефонных консультаций. Терапевт должен напомнить пациенту о том, что пациент теряет право на звонок в течение суток после парасуицидальных действий, и посоветовать ему использовать другие ресурсы (обратиться к родственникам, друзьям, позвонить по Телефону доверия и т.д.). После этого следует закончить разговор, если

только этому не помешают какие-нибудь из ряда вон выходящие обстоятельства. Недозволенные звонки терапевту, так же как и само парасуицидальное поведение, следует обсуждать на очередном психотерапевтическом сеансе.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ПРОТОКОЛ ДЛЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

1. Обеспечение безопасности пациента

Если поведение пациента говорит о высоком непосредственном суицидальном риске, пациентом занимаются все терапевты, основные и вспомогательные. Все терапевты помимо основного должны делать все, что необходимо для сохранения безопасности пациента (подробнее об этом — выше) до установления контакта пациента с индивидуальным терапевтом.

2. Направление к основному терапевту

Когда безопасность пациента обеспечена, прежде всего необходимо связаться с основным терапевтом. Все специалисты дают пациенту понять, что помощь в суицидальном кризисе должен оказывать основной терапевт, даже если пациент считает источником кризиса вспомогательного терапевта. Ведущие тренинга навыков до установления контакта с основным терапевтом могут помочь пациенту в использовании навыков перенесения дистресса; фармакотерапевт может назначить пациенту соответствующие лекарства (например, снотворное при бессоннице), чтобы повысить сопротивляемость его психики; и т.д. Однако помимо временного обеспечения безопасности пациента и соблюдения собственных границ (с учетом той степени суицидального риска, которую допускают специалисты) все вспомогательные терапевты реагируют на суицидальное поведение пациента, направляя его к основному терапевту. Основной терапевт реагирует применением соответствующих стратегий решения проблем, которые обсуждались выше.

Исключения: тренинг навыков и группы поддержки. Одно из правил тренинга навыков и групп поддержки состоит в том, что парасуицидальные действия не должны обсуждаться с другими пациентами вне сеансов групповой психотерапии. Если тема поднимается на групповом сеансе, акцент немедленно смещается на возможности избежания поведения в прошлом или в будущем (т.е. на поиск альтернативных решений). На групповой психотерапии специалист в самой будничной манере и серьезно говорит о том, как ДПТ или другие поведенческие навыки могли бы помочь в данной ситуации. Подобный подход используется при обсуждении суицидальной идеации и суицидальных побуждений. Внешние признаки парасуицидального поведения (например, перебинтованные запястья, порезы) или результаты парасуицида (например, психиатрическая госпитализация) обычно не обсуждаются. Единственный вид поведения, которому уделяется непосредственное внимание, — это попытка парасуицида во время психотерапевтического сеанса. В таком случае пациенту велят остановиться; если необходимо, его останавливают. Если парасуицидальное поведение продолжается, устанавливается контакт с основным терапевтом или же пациента просят уйти (конечно, в том случае, если отсутствует высокий риск самоубийства или серьезного членовредительства, — безопасность пациента всегда на первом месте).

Исключения: стационарное лечение и дневной стационар. Стационарная форма лечения и дневной стационар дают уникальные возможности для применения стратегий решения проблем к суицидальному поведению, учитывая большее количество индивидов, которые могут конструктивно отреагировать на такое поведение пациента.

Например, при одной форме терапии средний персонал проводит непосредственный, глубокий поведенческий анализ и анализ решений относительно всех случаев парасуицидального или кризисного суицидального поведения. Затем анализ повторяется на еженедельных собраниях, где обсуждается взаимодействие пациента и персонала. Ключ к успеху этой процедуры — проведение анализа в некритической, будничной и валидирующей форме. Члены персонала должны обеспечить такую атмосферу терапевтической экспозиции, которая не подкрепляет чувства стыда, вины и страха при обсуждении своего парасуицидального или суицидального поведения. Таким образом, пациентам не только предлагается модель поведенческого анализа и анализа решений, но и предоставляется возможность участвовать в проведении этого анализа (для совершенствования своих навыков). Пациенты могут также воспользоваться преимуществами опосредованной экспозиции и причинно-следственных факторов. Наконец, поведенческий анализ и анализ решений вместе с другими стратегиями решения проблем применяются также индивидуальным терапевтом.

При другой форме терапии после парасуицидального или кризисного суицидального поведения пациентов раньше подвергали постоянному общему наблюдению. За небольшим исключением, пациенту не позволяли говорить с кем-либо в течение суток после случая такого поведения. Процедура была изменена в соответствии с принципами ДПТ, и искусственная изоляция была снята. Новое правило состояло в том, чтобы в течение 24 часов после парасуицидального или кризисного суицидального поведения *единственной* допустимой темой обсуждения с лечащим персоналом или другими пациентами стал формальный анализ решений и анализ такого поведения пациента. Каждый из этих протоколов требует очень серьезного отношения к суицидальному поведению и сопровождающим его страданиям.

Принципы минимизации риска при работе с суицидальными пациентами

Диалектическая поведенческая терапия в целом была разработана для работы с хронически суицидальными пациентами с ПРЛ. Поэтому большинство модификаций "обычной" психотерапии для суицидального поведения были включены в ДПТ. Однако не все пациенты с ПРЛ входят в группу высокого суицидального риска. При работе же с теми индивидами, которые в такую группу входят или которые становятся пациентами высокого суицидального риска в ходе проведения терапии, специалист обязательно должен применять стратегии, сводящие суицидальный риск к минимуму. В то же время терапевт должен свести к минимуму риск привлечения его к юридической ответственности, если пациент все-таки покончит с собой. Как писал Б. Бонгар (*Bongar, 1991*) и другие авторы, наивно не заботиться о юридических аспектах терапии, работая с суицидальными пациентами. Бонгар предложил ряд стратегий минимизации клинического и юридического риска, которые включены или могут быть включены в ДПТ.

1. *Оценка своего уровня профессиональной компетентности и личных качеств*, необходимых для терапии суицидального поведения, чрезвычайно важна для терапевта. Такая компетентность должна включать знание специальной клинической и исследовательской литературы по рекомендуемым средовым интервенциям при суицидальном поведении и других расстройствах, которые имеются у пациента. Не все клиницисты могут работать с суицидальными индивидами, не все обладают соответствующими личными качествами или профессиональной подготовкой. Терапевт должен направить пациента к другому специалисту, пройти дополнительное обучение или попросить о супервизии, если его профессиональной подготовки недостаточно.
2. *Тщательно и своевременно составленная документация* — одно из обязательных требований к работе с суицидальными индивидами. Терапевт должен тщательно вести запись результатов оценки суицидального риска; анализа недостатков и достоинств разных терапевтических планов; терапевтических решений и их обоснования (включая решения не госпитализировать пациента или не предпринимать другие меры предосторожности); полученных консультаций и профессиональных рекомендаций; обсуждения терапевтических планов и связанного с ними риска с пациентом и другими людьми; а также полученного информированного согласия. Общее правило следующее: "Что не зафиксировано документально, того не было".
3. *Карточки медицинского и психиатрического (психотерапевтического) контроля*, заведенные на пациента, также используются терапевтом, особенно если они относятся к терапии суицидального поведения. В данном случае оптимальной процедурой в ДПТ будет возложение ответственности за поиск и получение этих материалов на пациента.
4. *Привлечение членов семьи* и, в случае необходимости, социальной системы поддержки (с согласия пациента) к терапии суицидального поведения и минимизации суицидального риска, информирование членов семьи относительно опасностей и преимуществ различных терапевтических планов, обращение за поддержкой к членам семьи для удержания пациента в рамках терапевтической программы могут принести немалую пользу. Все эти стратегии совместимы с ДПТ при условии присутствия пациента и часто рекомендуются специалистами-суицидологами.
5. *Консультации с другими специалистами* относительно оценки риска и его минимизации — интегральный компонент ДПТ, а также часть стандартной терапии суицидального поведения. Клиницист, не имеющий медицинского образования, должен особо проконсультироваться с коллегами, имеющими соответствующее образование, относительно целесообразности медикаментозной поддержки или необходимости дополнительного медицинского контроля. Вспомогательная фармакотерапия вполне совместима с ДПТ и может индивидуально применяться в случае необходимости.
6. *Постсуицидальные меры* (включая решение личных и юридических проблем, консультации с другими членами персонала, участвовавшими в терапии пациента, встречи с родственниками и друзьями пациента) могут быть чрезвычайно трудными, но крайне необходимыми. Многие специалисты настойчиво рекомендуют проконсультироваться со знающими коллегами относительно постсуицидальных мер, в том числе обращения к юристу.

СТРАТЕГИИ ПРИ ПРЕПЯТСТВУЮЩЕМ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИИ

Как я неоднократно подчеркивала, ДПТ требует активного участия и сотрудничества пациента. Различают три основных типа препятствующего терапии поведения пациента: 1) поведение, препятствующее получению терапии (отсутствие внимания, нежелание сотрудничать с терапевтом, отказ подчиняться); 2) поведение, ухудшающее отношения между пациентами; 3) поведение, приводящее к "выгоранию" терапевта (такое поведение, когда пациент нарушает личные границы терапевта или снижает его мотивацию). Конкретные примеры таких видов поведения обсуждаются в главе 5. Общая стратегия при работе с препятствующим терапии поведением пациента — подходить к нему как к проблеме, требующей разрешения, с установкой, что пациент мотивирован к разрешению своих проблем (методы устранения препятствующего терапии поведения терапевта обсуждаются ниже в связи со стратегиями отношений).

Как уже упоминалось в главе 3, пациент с ПРЛ склонен к двум различным видам самоинвалидации. С одной стороны, он считает, что все его поведенческие неудачи, включая неудачи в условиях терапии, по сути представляют собой проблемы мотивации и говорят о лени, недостаточном старании или просто нежелании изменений. С другой стороны, пациент верит, что все эти неудачи — результат непоправимых дефектов характера. И наоборот, терапевт предполагает, что пациент старается, делает все возможное и может измениться; терапевт доводит это до сознания пациента, обсуждая его проблемное поведение. Такая ориентация побуждает как терапевта, так и пациента рассматривать препятствующее терапии поведение как признак проблемы в самой терапии, а не свидетельство негативных характеристик пациента. Стратегии препятствующего терапии поведения обсуждаются ниже и перечислены в табл. 15.5.

Таблица 15.5. Терапевтические стратегии при препятствующем терапии поведении пациента

ОПРЕДЕЛЕНИЕ в поведенческих терминах препятствующих терапии действий пациента.

Проведение ЦЕПНОГО АНАЛИЗА препятствующего терапии поведения; терапевт вырабатывает гипотезы о функциях поведения, но не считает их само собой разумеющимися.

Разработка ПЛАНА решения проблем.

Если пациент отказывается изменить свое поведение:

- терапевт обсуждает с пациентом терапевтические цели;
- терапевт избегает ненужных конфликтов и силовых мер;
- терапевт обдумывает возможность "отпуска от терапии" для пациента или направления его к другому специалисту.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт обвиняет пациента;
- терапевт делает безосновательный вывод о том, что пациент не хочет меняться или добиваться улучшений;
- терапевт дает жесткие интерпретации поведения пациента;
- терапевт возлагает всю ответственность за изменения на пациента;
- терапевт занимает определенную позицию и отказывается ее менять;
- терапевт обижается на пациента;
- терапевт отказывается видеть собственный вклад в поведение пациента.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВУЮЩЕГО ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЯ

Прежде всего следует определить препятствующее терапии поведение как можно точнее. Характер препятствующего терапии поведения следует обсудить с пациентом, разногласия в в*и*дении такого поведения терапевтом и пациентом должны быть разрешены.

2. ЦЕПНОЙ АНАЛИЗ ПРЕПЯТСТВУЮЩЕГО ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЯ

Не следует начинать анализ с вопроса, *почему* пациент ведет или не ведет себя определенным образом. Как и в случае суицидального поведения, производящие реакцию предшествующие события, сама реакция и последствия реакции должны устанавливаться с помощью подробного цепного анализа. Если пациенту трудно выделить или сформулировать переменные, обусловливающие его препятствующее терапии поведение, следует предложить ему несколько гипотез для обсуждения. Эти гипотезы должны основываться на знании данного пациента и понимании поведения суицидальных индивидов в целом. Препятствующее терапии поведение может быть вызвано самыми разными ситуациями, и каждый случай такого поведения должен рассматриваться отдельно. Например, одна пациентка может пропускать терапию, потому что не верит в ее эффективность или в возможность своего выздоровления. Другая пациентка может пропускать психотерапевтические сеансы из-за связанных с ними отрицательных эмоций — тревоги, депрессии и т.д. Третьей пациентке трудно дается поведение, необходимое для посещения сеансов терапии (не может вовремя уйти с работы, найти няню для своего ребенка, отказаться от приглашения в компанию). Четвертая пациентка может пропускать сеансы из-за давления окружения. Например, ее родные или близкие могут уговаривать ее бросить терапию, высмеивают пациентку или каким-либо другим образом наказывают посещение сеансов.

3. РАЗРАБОТКА ПЛАНА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

Когда проблема и ее детерминанты установлены, пациенту и терапевту необходимо договориться о программе ослабления препятствующего терапии поведения. Эта программа должна основываться на результатах анализа поведения. Она может быть сосредоточена на проблемах мотивации и изменении обстоятельств, обучении необходимым для желаемого поведения навыкам, ослаблении тормозящих эмоций, изменении убеждений и ожиданий или управлении средовыми детерминантами. Как и при решении всех остальных терапевтических проблем, специалист должен словесно подчеркнуть и моделировать подход решения проблем.

4. РЕАГИРОВАНИЕ ПРИ ОТКАЗЕ ПАЦИЕНТА ИЗМЕНИТЬ ПРЕПЯТСТВУЮЩЕЕ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЕ

Иногда пациент с ПРЛ просто отказывается подчиняться требованиям терапии. Пациент может утверждать, что ему не нужно посещать психотерапевтические сеансы так часто, отказываться от ролевой игры или выполнения домашних заданий, отказываться соблюдать другие терапевтические договоренности, требовать от терапевта излечения, не проявляя сотрудничества, или упрекать специалиста в бездействии.

В этих случаях терапевт должен вовлечь пациента в обсуждение общих терапевтических задач, а также напомнить о договоренностях, достигнутых в начале терапии, которые были условием прохождения терапевтической программы. Как и в случае других целей ДПТ, используемая при этом стратегия — “заговорить проблемное поведение насмерть”.

Терапевт должен быть очень осторожным, чтобы избегать ненужного противостояния. Если проблема не кажется важной, лучше ее оставить. Обучение отступлению очень важно для специалиста ДПТ, как и умение “выбирать бой”. Однако терапевт должен быть готов к тому, чтобы бороться и *выигрывать* некоторые сражения ради блага пациента. Не следует называть пациента безразличным или ленивым, обвинять в неумышленном саботаже терапии или применять какие-либо другие уничижительные и негативные характеристики.

Если пациент отказывается следовать терапевтическим требованиям, необходимо рассмотреть возможность “отпуска от терапии” или направления пациента к другому специалисту. При этом всегда нужно подчеркивать, что именно пациент должен будет выбирать между “отпуском” или прекращением терапии, а не клиницист. Специалист подчеркивает, что он заботится о пациенте и надеется, что совместными усилиями они смогут выйти из сложившегося положения. Такую беседу следует проводить только тогда, когда испробованы менее радикальные средства — как с пациентом, так и с группой супервизии и консультирования.

СТРАТЕГИИ ТЕЛЕФОННЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

У стратегий телефонных консультаций ДПТ несколько функций. Во-первых, пациенту не нужно проявлять суицидальность, чтобы добиться дополнительного внимания и времени основного терапевта. Поэтому стратегии телефонных консультаций предназначены для того, чтобы минимизировать телефонный контакт пациента с терапевтом, действующий как подкрепляющий фактор парасуицидальных тенденций и суицидальной идеации. Во-вторых, эти стратегии рассчитаны на обучение пациента тому, как применять освоенные в ходе терапии навыки к решению повседневных проблемных ситуаций.

В-третьих, стратегии телефонных консультаций предоставляют пациенту дополнительное терапевтическое время в промежутках между сеансами, когда возникает кризис или появляются другие осложнения, с которыми пациент не может справиться. Суицидальные и пограничные пациенты нередко нуждаются в более частом терапевтическом общении, чем может дать один сеанс в неделю, тем более что проблемы каждого пациента нельзя обсудить во время тренинга навыков. Хотя иногда можно планировать дополнительные сеансы индивидуальной психотерапии, потребность в более частых терапевтических контактах может удовлетворяться за счет телефонных консультаций.

В-четвертых, стратегии телефонных консультаций рассчитаны на то, чтобы научить пациента адекватно обращаться к окружающим за помощью. В ДПТ пациент может звонить своему индивидуальному терапевту с просьбой о помощи, когда это необходимо. Звонки вспомогательным терапевтам, включая ведущего групповой терапии, строго ограничены; можно звонить, чтобы уточнить или назначить время

встречи или решить проблему, которая в противном случае приведет к срыву терапии. Эти условия обсуждаются в "Руководстве по тренингу навыков..."

Хотя количество звонков пациентов своим терапевтам может колебаться в пределах от "нулевого или небольшого" до "чрезмерного", для пациентов с ПРЛ этот показатель часто тяготеет к какой-то крайней точке континуума либо колеблется между крайними точками в разные периоды времени. Некоторые пациенты звонят специалистам при малейших намеках на трудности, часто беспокоя их в неурочное время и разговаривая во враждебной и требовательной манере. Часто пациенты вообще отказываются звонить своим терапевтам, возможное исключение — начатое или завершенное суицидальное поведение. Нередко полезно включать звонок терапевту в промежутках между сеансами в домашнее задание пациентов такого типа. Или же пациент может на разных этапах терапии звонить слишком часто или чересчур редко.

Стратегии телефонных консультаций будут по-разному применяться для тех пациентов, которые не звонят терапевту, и для тех, которые звонят слишком часто. Необходимо учить "незвонящего" пациента просить о помощи до наступления кризиса, чтобы для привлечения внимания не использовалось суицидальное поведение. Что касается излишне часто звонящего пациента, ему, как правило, необходимы навыки перенесения дистресса. Различают три основные разновидности телефонного контакта с пациентом: 1) телефонные звонки пациента терапевту, вызванные кризисом, неспособностью решить жизненную проблему или ухудшением терапевтических отношений; 2) запланированные телефонные звонки пациента терапевту; 3) телефонные звонки терапевта пациенту. Стратегии для каждой разновидности обсуждаются ниже и приводятся в табл. 15.6.

Таблица 15.6. Стратегии телефонных консультаций

ПРИЕМ телефонных звонков пациента в различных ситуациях как должное:

- терапевт информирует пациента о правиле запрещения телефонных звонков терапевту в течение 24 часов после совершения парасуицидальных действий и придерживается этого правила;
- во время телефонных консультаций по решению проблем терапевт наставляет пациента в использовании навыков кризисного выживания и других навыков, чтобы он смог продержаться до следующего сеанса;
- терапевт готов преодолеть отчуждение пациента во время телефонных консультаций.

Обдумывание возможности ПЛАНИРОВАНИЯ звонков, инициируемых пациентом.

Терапевт сам ИНИЦИИРУЕТ телефонный контакт:

- чтобы разрушить функциональную связь между вниманием терапевта и суицидальным поведением;
- чтобы ослабить поведение избегания пациента.

Во время психотерапевтических сеансов терапевт предлагает пациенту ОБРАТНУЮ СВЯЗЬ относительно телефонных консультаций.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт использует телефонные консультации для проведения терапии;
- терапевт неодобрительно относится к телефонным звонкам пациента;
- терапевт дает негативные интерпретации телефонных звонков, инициированных пациентом;
- терапевт не отвечает на звонки пациента и не перезванивает ему во время кризиса.

1. ПРИЕМ ИНИЦИИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОМ ЗВОНКОВ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

Телефонные звонки и суицидальное поведение: правило 24 часов

При ориентировании пациентам объясняют, что они должны звонить своим терапевтам *перед* парасуицидальными действиями, а не после; т.е. не нужно накладывать на себя руки, чтобы получить моральное право на звонок. Как уже упоминалось ранее в этой главе, в течение 24 часов после совершения парасуицидальных действий пациенту нельзя звонить терапевту (если только его жизни не грозит опасность). Смысл этой стратегии — показать пациенту, что терапевт может больше помочь до кризиса, чем после совершения парасуицидальных действий. Обоснование этой стратегии состоит в том, что пациент не нуждается во внимании специалиста после парасуицидальных действий, потому что уже попытался решить проблему (хотя и неадаптивным способом). Пациенту следует объяснить роль подкрепления для активации суицидальной идеации. Кроме того, нужно довести до сознания пациента, что трудно помочь человеку, который просит помощи в самый разгар кризиса.

Обычно пациентам свойственно звонить после случая парасуицида. Реакция на эти звонки описана выше в этой же главе. Цель — настроить пациента на необходимость обращения за помощью на ранних стадиях кризиса. Промежуточная модель — звонок после начала суицидальной идеации, но перед парасуицидальными действиями. Конечная цель — обращение за помощью до “погружения” в суицидальную идеацию.

Эта стратегия дает различные результаты в зависимости от желания пациента звонить терапевту. Пациенту, для которого телефонные звонки терапевту представляют собой опыт отрицательного подкрепления, правило 24 часов дает возможность научиться заменять деструктивное поведение адекватным обращением за помощью. Парасуицидальное поведение, которому не предшествовала какая-либо попытка связаться с терапевтом, рассматривается как препятствующее терапии и становится темой индивидуальной психотерапии. И наоборот, у пациента, который находит телефонную беседу с терапевтом успокаивающей, любое поведение, ассоциирующееся с телефонным контактом, подкрепляется. Поэтому у терапевта будет выбор между подкреплением адаптивного или суицидального поведения пациента. Звонок терапевту разрешается только спустя 24 часа после случая парасуицида. Если в течение этого времени пациент снова допустит парасуицидальное поведение, отсчет времени начинается заново. В исключительных случаях этот период может быть сокращен до 12 часов. Терапевт должен быть внимательным к тому, чтобы предоставить такое же время и внимание пациенту на спаде кризиса, как и на его пике. Очень важно объяснить пациенту, что не нужно доводить себя до суицидального состояния, чтобы чувствовать себя вправе звонить терапевту.

Виды звонков

Звонки терапевту поощряются в двух случаях, и эти же случаи определяют особенности телефонной консультации. Первый случай — когда пациент переживает кризис или сталкивается с проблемой, которую не может решить самостоятельно.

Второй случай — когда терапевтические отношения не в порядке и требуют исправления. Обычно телефонные разговоры пациента с терапевтом длятся не более 10–20 минут, хотя в кризисных ситуациях могут допускаться исключения. Если требуется больше времени, может быть полезно назначить дополнительный сеанс с пациентом или предложить пациенту перезвонить снова через день-два.

Сосредоточение на навыках. Обоснование звонков пациента (по крайней мере, с точки зрения терапевта) состоит в том, что пациент нередко нуждается в помощи для применения поведенческих навыков — освоенных или осваиваемых — к проблемам или кризисам повседневной жизни. Телефонные консультации должны фокусироваться на применении навыков, а *не* на общем анализе проблемы, реакции пациента на проблему или обеспечении возможности катарсиса. При этом следует использовать кризисные стратегии, описанные ранее. Если речь идет о довольно простых проблемах, терапевт может подчеркнуть навыки, необходимые непосредственно для решения проблемы. При более сложных или комплексных проблемах упор может смещаться на такую реакцию на проблему, которая позволит пациенту прожить до следующего психотерапевтического сеанса без неадаптивного поведения. Другими словами, пациент прежде всего должен избегать дисфункционального поведения, несмотря на то что проблема может остаться нерешенной. Очень важно помнить об этом самому терапевту и напоминать об этом пациенту. Часто приходится в течение какого-то времени мириться с проблемами. Следует рекомендовать пациенту пользоваться навыками перенесения дистресса.

Все пациенты и терапевты должны держать наготове, возле телефона, материал о стратегиях кризисного выживания (в “Руководстве по тренингу навыков...”). После краткого описания проблемы или кризиса, полученного от пациента, следует спросить, какие поведенческие навыки пациент уже пробовал применять (навыки, осваиваемые в ДПТ либо приобретенные самостоятельно). Затем терапевт должен обсудить с пациентом другие навыки, которые могут помочь в данной ситуации, и выслушать предложения пациента. Я, например, могу попросить пациентку проявить одну-две адаптивные реакции, затем перезвонить мне. Потом мы можем обсудить следующий навык, если будет необходимость.

Ловушка, которую следует избегать, — проведение индивидуальной ДПТ по телефону. Это не так просто, потому что часто пациент представляет кризис как безнадежный или может быть настолько эмоционально взвинчен, что не в состоянии применять навыки решения проблем. Характерны негибкое мышление и неспособность находить новые решения проблем. Терапевт должен реагировать на это тремя способами. Во-первых, уместно применять кризисные стратегии, описанные выше в этой же главе. Во-вторых, подчеркиваются навыки, которые пациент может использовать; терапевт должен поддерживать телефонную беседу в этом русле. В-третьих, все попытки решения проблем должны сопровождаться валидацией трудностей и страданий пациента. Устойчивое поведение “Да, но...” со стороны пациента рассматривается как препятствующее терапии и подлежит анализу (на следующем сеансе), если оно характерно для пациента. В ходе телефонной консультации терапевт должен отвечать на такое поведение стратегией реципрокной коммуникации, объясняя влияние препятствующего поведения пациента на свое желание продолжать терапию.

Со временем, если терапевт настойчиво следует этой стратегии, как навыки повседневной жизни, так и навыки обращения пациента за помощью по телефону должны совершенствоваться. Частота и продолжительность звонков будут сокращаться. Как сказали несколько пациенток нашей клиники спустя некоторое время (и после значительного сокращения телефонных звонков терапевтам), они точно знают, что сделают и скажут им специалисты, поэтому с таким же успехом могли бы сделать и сказать это сами. Или, по выражению одной из пациенток, "все время говорить о навыках не очень-то интересно".

Исправление отношений. Если имеют место какие-либо нарушения терапевтических отношений, я не считаю разумным заставлять пациента ждать целую неделю, чтобы иметь возможность исправить отношения. Такое правило было бы искусственным и свидетельствовало бы о недостатке сочувствия к пациенту. Поэтому, когда терапевтические отношения нарушаются и пациент чувствует по отношению к себе отчуждение, он может позвонить специалисту для небольшого разговора "по душам", чтобы сообщить о своих эмоциях относительно терапевта и его отношения к себе. Обычно эти звонки активируются сильным гневом, страхом быть оставленным или чувством отверженности. Пациент может звонить и просто для "отчета". Роль терапевта в таких ситуациях — утешать и ободрять пациента (за исключением последнего этапа терапии, когда упор делается на обучении пациента самоутешению). Глубинный анализ нужно отложить до следующего сеанса, однако без этого телефонного звонка следующий сеанс может не состояться.

Некоторые терапевты боятся, что если позволят пациентам звонить при расстроенных терапевтических отношениях, это может привести к ненамеренному подкреплению нарушений в отношениях, которые из-за этого со временем придут в упадок. Это вполне возможно в двух случаях: 1) телефонные звонки терапевту обладают более сильным подкрепляющим воздействием, чем предупреждение нарушений терапевтических отношений; 2) телефонные звонки совмещаются с реакциями. нарушающими терапевтические отношения. Решение таких проблемных ситуаций включает два этапа. Во-первых, специалист должен прервать цепочку подкрепления нарушений терапевтических отношений, дав пациенту возможность звонить ему для кратких "отчетов", когда терапевтические отношения в хорошем состоянии. Например, можно использовать метод планирования телефонных звонков, описанный в следующем разделе; это может быть особенно полезным для пациента, которому трудно целую неделю обойтись без контакта с терапевтом. Во-вторых, терапевт должен постараться избежать нарушений в отношениях, а также сделать так, чтобы никакие звонки по теме отношений не были более подкрепляющими, чем звонки в случае нарушения терапевтических отношений. Шаги в этом направлении включают решение проблем и систематический поведенческий анализ на последующих психотерапевтических сеансах тех событий, которые привели к чрезмерно частым или длительным телефонным контактам. Кроме того, терапевт не должен давать пациенту больше контроля над терапией, больше валидации, похвалы или использовать больше других социальных подкрепляющих факторов только тогда, когда происходит нарушение терапевтических отношений. Он должен обращать внимание на причинно-следственные факторы — при условии, что отношения развиваются *нормально.* Социальное подкрепление не следует ослаблять слишком быстро.

2. ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕЛЕФОННЫХ ЗВОНКОВ, ИНИЦИИРУЕМЫХ ПАЦИЕНТОМ

Некоторые пациенты постоянно нуждаются в большем объеме времени и внимания, чем могут дать еженедельные сеансы индивидуальной психотерапии. Например, пациентка может в течение длительного времени звонить терапевту три раза в неделю и чаще. В таких случаях следует подумать о планировании расписания звонков с определенными интервалами. Такая политика признает потребность пациента в большем объеме помощи специалиста, минимизирует позитивные последствия кризисов и, обеспечивая интервалы между звонками, способствует развитию у пациента навыков перенесения дистресса. Хотя терапевт уделяет пациенту больше времени, дополнительное время не связано с паникой или кризисом пациента. Эта стратегия напоминает такую форму медицинского лечения, при которой пациент получает обезболивающие средства регулярно, а не только при острых болях. Если регулярные телефонные консультации запланированы, терапевту нельзя поддаваться соблазну говорить с пациентом по телефону вне составленного расписания, даже в случае кризиса.

3. ТЕЛЕФОННЫЕ КОНТАКТЫ, ИНИЦИИРУЕМЫЕ ТЕРАПЕВТОМ

Телефонные звонки по инициативе терапевта также рассчитаны на то, чтобы ослаблять любые функциональные связи между вниманием терапевта, с одной стороны, и суицидальным поведением и сильным негативным аффектом пациента — с другой. Такие звонки не должны зависеть от звонков по инициативе пациента, хотя и планируются только тогда, когда пациент переживает чрезвычайные трудности или сталкивается с очень стрессогенной ситуацией. Телефонные разговоры с пациентом по инициативе терапевта должны быть довольно краткими и фокусироваться на том, насколько пациенту удается применять терапевтические принципы к своим повседневным проблемам.

Еще один повод позвонить пациенту — его попытки избежать терапии или работы над проблемой, в таких случаях терапевт препятствует поведению избегания. Например, если пациентка боится приходить на терапию, я могу сразу же позвонить ей и разговаривать с ней в довольно директивном стиле, назначая сеанс на более позднее время в тот же день. Опять-таки, терапевт должен анализировать функцию неадаптивного поведения пациента и соответственно на него реагировать.

4. ТЕЛЕФОННЫЕ ЗВОНКИ ПАЦИЕНТА И ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СЕАНСАХ

Как уже упоминалось, одна из задач стратегий телефонных консультаций — помочь пациенту научиться адекватно обращаться к другим людям за помощью. Поведение обращения за помощью требует от индивида социальной восприимчивости, чтобы избежать излишней напористости или правильно выбрать время. Кроме того, пациенту нужно избегать требовательности и такого сообщения о проблеме, при котором у других не будет желания оказать необходимую помощь. Поэтому следует предоставить пациенту обратную связь относительно как его поведения при обращении за помощью, так и (если это уместно) реакций терапевта на эти просьбы.

Одна из основных терапевтических задач в ДПТ состоит в том, чтобы помочь пациенту найти в своем окружении тех индивидов, к которым можно обратиться за помощью. Однако следует признать, что если навыки пациента недостаточно эффективны, обращение за помощью может скорее усугубить изоляцию, чем усилить социальную интеграцию пациента. С другой стороны, терапевт должен следить за тем, чтобы не поощрять у пациента чрезмерную зависимость.

Это составляет особую проблему, когда терапия ограничена во времени. Независимо от некомпетентности пациента, по истечении определенного времени ему придется просить о помощи не терапевта, а других людей. Как минимум к середине терапии специалист должен активно работать с пациентом над поиском членов его окружения, которым он может позвонить и обратиться со своими проблемами. Если эти звонки не дают положительных результатов, их следует обсуждать и анализировать во время сеансов индивидуальной психотерапии. Следует планировать стратегии улучшения результатов, которые затем должны практиковаться пациентом.

Доступность терапевта и снижение суицидального риска

Когда я провожу практические семинары с терапевтами, одно из самых распространенных опасений — слишком частые звонки пациентов с ПРЛ в неурочное время. Многие терапевты чувствуют, что неспособны противостоять и ограничить то, что кажется им вмешательством в их личную жизнь. Некоторые терапевты пытаются справиться с этими трудностями, устанавливая собственные правила относительно звонков пациентов в нерабочее время. Другие используют в качестве посредников автоответчик или секретаря, который должен отказывать пациентам, если специалист не хочет отвечать на звонок. Третьи так раздражаются и злятся на звонки в неурочное время, что пациенты предпочитают просто не звонить им. Четвертые просто отказываются работать с суицидальными и/или пограничными пациентами. Процедуры соблюдения границ ДПТ в сочетании со стратегиями препятствующего терапии поведения должны дать терапевту некоторый контроль над потенциально проблемными звонками пациентов.

Напряжение между желаниями и потребностями терапевта, с одной стороны, и потребностями и желаниями пациента, с другой, может быть вполне отчетливым и потенциально очень серьезным. Может случиться, что терапевту придется расширять свои границы, иногда в течение довольно долгого времени, и отвечать на телефонные звонки пациента и в неурочное время. Я, как и многие специалисты (см. *Bongar, 1991*), твердо верю в то, что при терапии суицидальных пациентов (включая тех, которые соответствуют диагностическим критериям ДПТ) им следует давать право звонить своим терапевтам в любое время — днем и ночью, в будни и праздники, если необходимо. Пациентам с высоким суицидальным риском нужно давать номер домашнего телефона терапевта. Когда на звонки отвечает секретарь, он должен соединять терапевта с суицидальными пациентами, если только какие-нибудь чрезвычайные обстоятельства не требуют от терапевта ограничения доступа. Если же доступ к терапевту ограничен, он должен обеспечить пациенту доступ к другим специалистам.

Работая со своими пациентами, я говорю им, что если они звонят, а я отсутствую, они могут быть уверены, что по крайней мере вечером того же дня я им перезвоню. Если пациенты не могут ждать так долго, у них есть альтернативные телефонные номера других специалистов, которыми они могут воспользоваться. (Я также провожу бесчисленные часы с активно парасуицидальными пациентами, обсуждая с ними альтернативные стратегии, которые они могли бы применить для совладания с кризисом и/или гневом, вызванным моим отсутствием.) Если пациент переживает суицидальный кризис, я могу дать ему свое расписание на ближайшие дни, чтобы он знал, куда звонить. Я могу заранее планировать периодические звонки, чтобы обеспечить телефонный контакт наверняка. Уезжая из города, я либо оставляю пациентам телефонные номера в других городах, либо пациенты могут связаться со мной через секретаря. Ведущие тренинга навыков также готовы помочь пациентам в мое отсутствие. Таким образом обеспечивается непрерывность терапии. Пациенты никогда не злоупотребляли теми телефонными номерами, которые я им оставляла перед отъездом, однако их наличие и возможность связаться со мной дают многим из них ощущение спокойствия и уверенности.

Мой клинический опыт показывает, что при последовательном применении стратегий ДПТ очень немногие пациенты злоупотребляют своим правом звонить терапевту. У тех пациентов, которые все-таки злоупотребляют этим правом, неоправданные звонки рассматриваются как разновидность препятствующего терапии поведения, которое подлежит исправлению. Если обсуждается каждый случай такого поведения, оно постепенно идет на убыль. Несомненно, очень важно, чтобы терапевт не считал все звонки (или большинство звонков) во время кризиса или перед кризисом манипулятивными или препятствующими терапии.

СТРАТЕГИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

1. РЕКОМЕНДАЦИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ

В ДПТ нет никаких противопоказаний для вспомогательного психиатрического лечения, пока оно действительно играет вспомогательную роль по отношению к ДПТ и не претендует на роль основного лечения. Амбулаторные пациенты могут проходить кратковременное стационарное психиатрическое лечение или программы лечения от алкоголизма/наркомании (если они не пропускают более четырех запланированных еженедельных сеансов ДПТ подряд); принимать психотропные медикаменты и подвергаться врачебному контролю; участвовать в занятиях по обучению поведенческим навыкам, организованных местными организациями; посещать собрания групп и встречаться со своими консультантами в рамках различных социальных программ; встречаться со специалистами, ответственными за вспомогательное лечение; проходить семейное и/или профессиональное консультирование, двигательную терапию; а также посещать дневной стационар. Иногда пациенты обращаются в кризисные центры и службу скорой психиатрической помощи. Мой опыт показывает, что любая попытка запретить вспомогательное лечение приведет либо к обману, либо к открытому бунту пациентов. Поэтому при обычной

терапии пограничных пациентов они включены в довольно обширную и сложную структуру психологической и психиатрической помощи. Возможная модель этой структуры представлена на рис. 15.2. В кружках указаны терапевтические единицы, необходимые для ДПТ, в скобках — отдельные консультанты вспомогательного лечения. Стратегии вспомогательного лечения представлены в табл. 15.7.

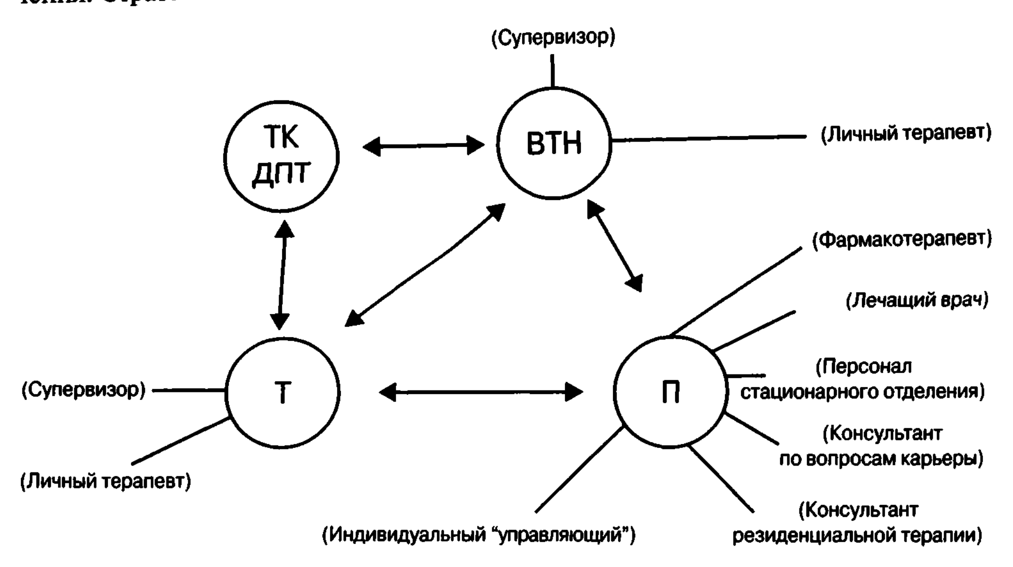


Рис. 15.2. Возможная структура вспомогательного лечения в ДПТ

Таблица 15.7. Стратегии вспомогательного лечения

РЕКОМЕНДАЦИЯ вспомогательного лечения в случае необходимости:

- терапевт рекомендует необходимый режим фармакотерапии;
- терапевт рекомендует психиатрическую госпитализацию, если это целесообразно.

Терапевт помогает пациенту найти КОНСУЛЬТАНТА ПО ТЕРАПИИ, если пациент не удовлетворен работой своего терапевта.

Протокол фармакотерапии, когда ее осуществляет дополнительно привлеченный специалист

Терапевт РАЗДЕЛЯЕТ психотерапию и фармакотерапию.

Терапевт действует как КОНСУЛЬТАНТ пациента по вопросам пользования услугами фармакотерапии.

Терапевт адекватно РЕАГИРУЕТ НА НЕПРАВИЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАЗНАЧЕННЫХ МЕДИКАМЕНТОВ (как -е суицидальное поведение, препятствующее терапии поведение или поведение, ухудшающее качество жизни).

Когда основной терапевт также исполняет обязанности фармакотерапевта

Терапевт знаком с СОВРЕМЕННОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ по медикаментозному лечению ПРЛ.

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИСТОРИИ ПАЦИЕНТА И РИСКА СУБСТАНЦИОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.

Таблица 15.7 (окончание)

Пациенту не назначаются ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ, если он СПОСОБЕН НА СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.

Терапевт СМЯГЧАЕТ КОНФЛИКТ направлением пациента к другому специалисту.

Протокол для стационара

Терапевт ПРЕДОТВРАЩАЕТ психиатрическую госпитализацию, если это возможно.

Терапевт РЕКОМЕНДУЕТ кратковременную госпитализацию при некоторых обстоятельствах (которые перечислены в табл. 15.8).

Терапевт НЕ ИСПОЛНЯЕТ ОБЯЗАННОСТИ лечащего психиатра при госпитализации пациента.

Терапевт действует как КОНСУЛЬТАНТ пациента по вопросам стационарного психиатрического лечения.

Терапевт учит пациента, как он может добиться госпитализации, даже если терапевт не считает таковую необходимой:

- терапевт сохраняет собственную позицию и мнение;
- терапевт валидирует право пациента на обладание собственной позицией;
- терапевт настаивает на том, чтобы пациент сам заботился о себе:
  - — терапевт учит пациента заботиться о собственном благополучии;
  - — терапевт учит пациента доверять своему "мудрому разуму", даже когда значимые для него люди с ним не соглашаются;
- терапевт учит пациента, как добиться госпитализации;
- терапевт подкрепляет самовалидацию пациента, не наказывая его за госпитализацию вопреки совету терапевта.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт негативно интерпретирует желание пациента получить независимую консультацию;
- в терапевтических отношениях терапевт занимает позицию слишком большой власти по сравнению с пациентом;
- терапевт наказывает пациента за то, что он следует своему "мудрому разуму" вопреки рекомендациям терапевта.

Вероятность того, что пациента поместят в психиатрическую больницу и назначат ему психотропные препараты, настолько высока, что была разработана специальная лечебница ДПТ и особые протоколы медикаментозного лечения, которые обсуждаются ниже. При любом вспомогательном лечении следует применять стратегии индивидуального управления, особенно стратегии консультирования пациента, которые обсуждались в главе 13. При взаимодействии со специалистами, проводящими вспомогательное лечение, а также с пациентом относительно этих специалистов, терапевт должен помнить о том, что он консультант пациента, а не вспомогательного персонала. Полезно вспоминать диалектические стратегии ДПТ, особенно относительно истины как конструируемого, а не абсолютного феномена, а также принцип непоследовательности. Если пациенту предлагают противоречивые советы, мнения или интерпретации, основной терапевт может помочь пациенту разобраться в его восприятии и отношении к себе, своей жизни и своим проблемам.

2. РЕКОМЕНДАЦИЯ ВНЕШНЕЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Основной терапевт не должен бояться рекомендовать пациенту консультацию внешних специалистов, когда его не устраивает индивидуальная терапия, отношения с индивидуальным терапевтом или терапевтическим коллективом. Одно

из проявлений неравенства специалиста и пациента в ДПТ заключается в том, что терапевту в его отношениях с пациентом помогает команда компетентных специалистов, а у пациента такой поддержки в отношениях с терапевтом нет. Это неравенство несколько смягчается групповой психотерапией, где члены группы и ведущие помогают пациенту ликвидировать последствия периодических травм терапевтических отношений. Консультация извне рассматривается как желательная: более того — предполагается, что терапевт с готовностью и желанием будет помогать пациенту в поиске такого консультанта. Персонал психиатрического стационара может оказать в этом большую помощь.

Пациент не должен участвовать более чем в одних индивидуально-ориентированных терапевтических отношениях одновременно. В ДПТ все специалисты играют второстепенную роль по отношению к индивидуальному терапевту; те же самые отношения должны сохраняться при внешних консультациях и вспомогательном лечении. ДПТ допускает до трех консультаций подряд с внешним специалистом. Большее количество консультаций рассматривается как параллельная терапия — форма препятствующего терапии поведения пациента и высокоприоритетный объект анализа на сеансах индивидуальной психотерапии.

ПРОТОКОЛ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Когда фармакотерапия осуществляется дополнительно привлеченным специалистом

1. Разделение фармакотерапии и психотерапии. В стандартной ДПТ основной терапевт не занимается контролем, планированием или разработкой медикаментозного лечения психотропными средствами. За исключением случаев, описанных ниже, это правило соблюдается даже тогда, когда основной терапевт имеет соответствующее медицинское образование. Такой подход сформировался на основе нашего клинического опыта сочетания фармакотерапии и психотерапии, а также на основе поведенческих принципов, которые обязывают пациентов быть ответственными и компетентными потребителями услуг фармакотерапии. Мой клинический опыт показывает, что пациенты часто лгут относительно приема медикаментов. Как сказала одна из пациенток, если я не выпишу ей рецепт нужных лекарств, она достанет их другим способом, и я об этом ничего не узнаю. Я поняла, что если основной терапевт занимается и фармакотерапией, у пациента есть стимул замалчивать историю злоупотребления медикаментозными веществами. чтобы обманом получить необходимые рецепты. С точки зрения поведенческой терапии, это делает роль индивидуального терапевта как фармакотерапевта совершенно неэффективной. Если терапевт имеет право выписывать пациенту рецепты психотропных препаратов, такая позиция мешает ему сотрудничать с пациентом относительно правильного использования лекарственных веществ.

После того как я разделила психотерапию и фармакотерапию в своей терапевтической программе, мы обнаружили неприятную тенденцию пациентов к чрезмерному, недостаточному и другому неправильному употреблению медикаментозных средств; к недопустимому сочетанию лекарственных препаратов; к накоплению медикаментов для потенциальных суицидальных попыток или на случай прекращения фармакотерапии; к неэффективным отношениям с фармакотерапевтами

или замалчиванию своей истории приема психотропных средств. Я не могу сказать, что эта тенденция у суицидальных и пограничных индивидов проявляется отчетливее, чем у других категорий пациентов. Однако в нашей клинике мы узнали об упомянутых негативных явлениях гораздо больше после того, как разделили два типа терапии.

2. Консультации по фармакотерапии для пациента. Как только роли основного терапевта и фармакотерапевта разделяются, индивидуальный терапевт становится консультантом пациента по вопросам эффективного взаимодействия с медицинским персоналом; высказывания своих потребностей в таком стиле, который способствует их удовлетворению; получения информации относительно опасности и преимуществ различных фармакотерапевтических режимов; оценки фармакотерапевтических советов и плана лечения; выполнения указаний фармакотерапевта; изменения плана лечения в случае необходимости и т.д. Поскольку некоторые пациенты с ПРЛ часто подвергаются госпитализации, терапевт также должен научить пациента убеждать новый персонал в необходимости консультации с лечащим фармакотерапевтом, а не сразу назначать новые медикаменты. В ДПТ именно пациент в конечном счете отвечает за то, чтобы отказаться от ятрогенного лечения. Поэтому терапевт также обучает пациента тому, как получить альтернативную фармакотерапевтическую консультацию и найти фармакотерапевта, с которым пациент сможет сотрудничать. Долгосрочная задача ДПТ, конечно же, состоит в замене медикаментозного управления поведением, включая настроение и когнитивные процессы, поведенческим управлением или самоуправлением. Однако это не входит в список ближайших задач некоторых пациентов.

3. Злоупотребление назначенными медикаментами. Если пациент злоупотребляет назначенными ему медикаментами, это расценивается как суицидальное поведение (если это связано с возможной угрозой для жизни или способствует парасуицидальному поведению), как препятствующее терапии поведение (если медикаментозное лечение формально входит в терапевтический план) или ухудшающее качество жизни поведение (если медикаментозное лечение формально не входит в терапевтический план). Дневниковые карточки ДПТ включают вопросы относительно наличия у пациента и ежедневного приема медикаментозных препаратов (как назначенных, так и незаконных). Основной терапевт должен регулярно проверять эту информацию. Часто пациенты сами решают прекратить ведение записей о приеме медикаментозных средств. Они аргументируют это тем, что излишне писать одно и то же каждый день. Не следует этому потакать. Пациент и терапевт должны разработать какую-то систему сокращений, чтобы было легче вести соответствующие записи. Тогда пациенту, если он захочет оставить терапевта в неведении относительно приема медикаментозных средств, остается только лгать.

Станет ли пациент лгать терапевту, скрывая злоупотребление медикаментами, во многом зависит от реакции терапевта как на факт злоупотребления, так и на ложь. Обычно реакции терапевта должны быть более негативными на ложь и/или сокрытие информации, чем на факты злоупотребления. Стратегии решения проблем, причинно-следственные процедуры и процедуры тренинга навыков будут самыми эффективными способами изменения неправильного отношения пациента

к фармакотерапии. В ДПТ обычной реакцией на неправильное употребление медикаментов будет консультирование пациента, а не средовые интервенции (например, звонок психотерапевта фармакотерапевту). Однако основному терапевту обязательно следует удостовериться в том, что каждый фармакотерапевт, работающий с пациентом, должен быть знаком с сутью стратегий консультирования пациента и индивидуального управления, применяющихся в ДПТ. Это очень важно, потому что не все знакомы с подходом ДПТ. В определенном смысле фармакотерапевт должен лечить пациента так же тщательно, как если бы пациент не проходил психотерапии.

Пациенту, который склонен к суицидальному поведению, нужно оказать помощь в ограничении доступа к опасным для жизни дозам медикаментов. Общее правило ДПТ в этом аспекте состоит в том, что опасные для жизни вещества нельзя давать людям, склонным к суицидальным действиям. Когда пациенты узн*ают* об этом правиле, они обычно с готовностью доводят его до сведения специалистов, которые назначают или выдают им медикаменты. Пациент и терапевт должны разработать и обсудить методы контроля дозировки назначенных пациенту средств. Эти методы могут включать помощь представителей социальной службы, членов семьи, рецепты на ограниченные дозы медикаментов, а также применение тестов мочи и крови для контроля уровня соответствующих веществ (например, лития) в крови. При этом нужно действовать с большой осторожностью. Ответственность за разработку и проведение такой программы формального контроля ложится на фармакотерапевта, однако часто терапевт и пациент должны приходить к рабочему соглашению в контексте минимизации суицидального поведения.

Когда фармакотерапия проводится основным терапевтом

Хотя обычно в ДПТ психотерапия отделяется от фармакотерапии, иногда делать это нецелесообразно. Пациент может не иметь возможностей для вспомогательного лечения, особенно в сельской местности, где просто может не быть необходимых специалистов. Или же, если терапевт имеет соответствующее медицинское образование, такое разделение может нарушать принципы его личной практики. Специалистам, которые совмещают психотерапию и фармакотерапию, ДПТ предлагает следующие рекомендации.

1. Знакомство с современной научной литературой по фармакотерапии. Объем научной литературы по фармакотерапии ПРЛ постоянно растет, и специалисту очень важно всегда быть осведомленным о последних достижениях и открытиях в этой области. Необходимо помнить о том, что реакции на определенные препараты у индивидов с ПРЛ могут отличаться от реакций других категорий пациентов, даже если они соответствуют тем же диагностическим критериям оси I. Например, депрессивная пациентка с ПРЛ и депрессивная пациентка без ПРЛ могут нуждаться в разных режимах фармакотерапии — некоторые медикаменты могут еще больше ослаблять поведенческий контроль, что остается особой проблемой при терапии ПРЛ (*Gardner & Cowdry, 1985; Soloff, George, Nathan, Shulz, & Perel, 1985*).

2. Изучение медицинской истории пациента и риска субстанциональной зависимости. Злоупотребление алкоголем и наркотиками — особая проблема индивидов с

ПРЛ, поэтому пациенты могут также злоупотреблять назначенными им медикаментами. Особенно это касается бензодиазепиновых препаратов, которые по этой причине лучше назначать как можно реже или вообще не назначать. Злоупотребление иногда очень трудно обнаружить (и контролировать, если оно обнаружено). Это одна из основных причин того, почему в стандартной ДПТ фармакотерапия и психотерапия разделяются. Терапевт должен время от времени по существу говорить о проблеме злоупотребления медикаментами, анализируя с пациентом факторы, которые ведут к обману и которые способствуют честности. Другими словами, терапевт должен помогать пациенту анализировать "за" и "против" обмана или сокрытия информации о злоупотреблении медикаментозными препаратами. Терапевт должен периодически подчеркивать влияние обмана или сокрытия информации пациентом на состояние терапевтических отношений.

3. Медикаменты, которые могут привести к летальному исходу, нельзя назначать склонным к суицидальным действиям индивидам. Терапевты должны быть очень осторожными, назначая медикаментозные препараты, которые могут использоваться для передозировки с целью самоубийства. Общий принцип состоит в том, что если у пациента есть история неправильного употребления медикаментов или передозировки, ему не следует давать доступа к таким дозам препаратов, которые могут нанести вред. Для одних пациентов это будет означать резкое сокращение доз медикаментов; для других — передачу контроля за дозировкой другим людям из их окружения; для всех пациентов это означает рецепты на ограниченные дозы препаратов, которые могут быть использованы повторно. Если пациентам по финансовым соображениям лучше покупать большой объем медикаментов сразу, нужно разработать метод выдачи медикаментов малыми дозами.

4. Смягчение конфликтов направлением к другому специалисту. Иногда пациент не согласен с режимом медикаментозного лечения, назначенным специалистом. Если терапевт и пациент не могут достичь согласия в этом вопросе, пациента можно направить к другому специалисту для консультации или медикаментозного лечения. Это делается по двум причинам. Во-первых, терапевт должен признавать, что он может быть не прав или что могут быть и другие "правильные" режимы медикаментозного лечения. Во-вторых, немедленное согласие пациента и терапевта и не требуется. По большому счету, гораздо важнее научить пациента эффективно использовать медицинские ресурсы, а не разработать идеальный на данном этапе план фармакотерапии.

ПРОТОКОЛ ДЛЯ СТАЦИОНАРА

1. Куй железо, пока горячо: предотвращение психиатрической госпитализации

В ДПТ психиатрическая госпитализация избегается, насколько это возможно. На сегодняшний день нет никаких эмпирических данных, которые доказывали бы, что психиатрическая госпитализация эффективно снижает суицидальный риск, даже когда этот риск достаточно высок. Нет никаких свидетельств того, что госпитализация показана для лечения пограничного поведения. Модель ДПТ в этом отношении ближе всего к реабилитационной модели медицины: терапевты не извлекают

пациентов из стрессогенной среды, а сами погружаются в нее и учат справляться с реальной жизнью как она есть. Пациенты учатся в контексте ситуации, а не вне ее. Когда пациент переживает кризис, ДПТ говорит: "Пришло время обучаться новому поведению". Словом, нужно "ковать железо, пока горячо". Извлечение пациента из стрессогенной среды приостанавливает, а иногда и поворачивает лечение вспять. Поэтому вряд ли такое лечение может изменить пограничное поведение.

2. Целесообразность кратковременной госпитализации в некоторых обстоятельствах

Несмотря на упомянутую политику ДПТ относительно психиатрической госпитализации, в некоторых обстоятельствах диалектико-поведенческий терапевт будет рассматривать возможность или рекомендовать пациенту кратковременное лечение в психиатрической больнице. Примеры таких ситуаций приводятся в табл. 15.8. Рекомендуя госпитализацию, терапевт берет на себя улаживание большей части необходимых формальных процедур. Обычно он использует стратегии средовых интервенций и договаривается о приеме пациента на лечение. Терапевт должен иметь информацию о местных психиатрических клиниках и службе скорой психиатрической помощи, а также хорошо ориентироваться в процедурах госпитализации пациентов. У каждой психиатрической больницы обычно собственные правила и политика. Кроме того, при госпитализации следует учитывать предпочтения пациента.

Терапевт должен обсудить с пациентом свою политику госпитализации на этапе ориентирования. Бывает, что терапевт настаивает на необходимости срочной психиатрической госпитализации, а пациент отказывается ложиться на лечение. Такая ситуация оговаривается соответствующими законами, которые определяют условия и средства принудительной госпитализации. Терапевт должен хорошо разбираться в соответствующих законах и юридических процедурах, потому что в кризисных ситуациях для этого не будет времени. Как я уже упоминала, терапевты должны определиться с собственной позицией относительно принудительного психиатрического лечения и объяснить ее своим пациентам. Наконец, терапевт должен всегда, на работе и дома, иметь под рукой телефонные номера, необходимые для срочной госпитализации пациентов.

Таблица 15.8. Ситуации, в которых следует рассматривать возможность применения или рекомендовать кратковременную госпитализацию

Рекомендуется кратковременная госпитализация
1. Пациент находится в психотическом состоянии и угрожает самоубийством, если только нет убедительных свидетельств отсутствия высокого риска.
2. Суицидальный риск превышает риск нецелесообразной госпитализации. (См. стратегии при суицидальном поведении.)
3. Оперантные суицидальные угрозы усиливаются, а пациент не хочет проходить стационарное лечение. Пациента не следует госпитализировать по поводу нарастающего парасуицида, если только поведение не представляет очевидной угрозы для его жизни или здоровья. (См. стратегии при суицидальном поведении.)
4. Отношения между пациентом и терапевтом напряжены, это напряжение создает риск суицида или неуправляемого кризиса для пациента, возникает очевидная необходимость во внешней консультации. Лечащий персонал стационара может оказать большую помощь в консультировании обеих сторон и способствовать восстановлению терапевтических отношений. Следует обдумать возможность совместной встречи терапевта, пациента и лечащего психиатра стационарного отделения.

Таблица 15.8 (окончание)

5. Пациент принимает психотропные препараты, имеет историю серьезных злоупотреблений или передозировок медикаментов и проблемы, которые обусловливают необходимость тщательного контроля принимаемых препаратов и/или их дозировки.
6. Пациент нуждается в поддержке и защите на ранних стадиях экспозиционной терапии посттравматического стресса или на более поздних стадиях, которые представляют особые трудности. Это должно быть доведено до сведения всего лечащего персонала психиатрического стационара. (Многие члены персонала могут бояться "регрессии" пациента и не хотят или не могут лечить пациентов, которые подвергаются экспозиционной терапии.)
7. Терапевт нуждается в отпуске. Хотя ДПТ в целом не одобряет госпитализацию, ДПТ против функционирования терапевта как заменителя стационарного психиатрического лечения. Иногда пациенту нужно столько внимания и поддержки во время кризисного периода, что это может привести к "выгоранию" терапевта, который нуждается в нескольких днях отдыха. ДПТ рекомендует такую меру, если терапевт честно сообщает о своих границах. (Мой опыт показывает, что в таких ситуациях психиатрические клиники с готовностью принимают пациентов на кратковременное стационарное лечение.)

Рассматривается возможность применения кратковременной психиатрической госпитализации

1. Пациент не реагирует на амбулаторную ДПТ, страдает от тяжелой депрессии или парализующей тревоги.
2. Пациент переживает чрезвычайно сильный кризис и не может справиться с ним в одиночку без риска для жизни или здоровья, и нет альтернативного безопасного окружения. Риск ухудшения качества жизни превышает риск нецелесообразной госпитализации. (Этот критерий следует применять *как можно* реже.)
3. Появляется психотическое состояние (впервые); пациенту трудно справиться с надвигающимся психотическим состоянием, он располагает недостаточной или вовсе не располагает социальной поддержкой.

3. Разделение ролей основного терапевта и лечащего психиатра

В стандартной ДПТ основной терапевт не выполняет роли лечащего психиатра при госпитализации пациента, индивидуальный терапевт также не занимается приемом пациента на стационарное лечение. Терапевт, планируя поместить пациента в психиатрическое учреждение, в котором он имеет определенное влияние при приеме больных, должен поручить прием своего протеже какому-то другому ответственному лицу. Причины этого точно такие же, как и основания для разделения ролей психотерапевта и фармакотерапевта. В данном случае роль психотерапевта — проводить консультации с пациентом относительно того, как ему наладить адекватные отношения с персоналом психиатрической больницы. Специалисту придется периодически возвращаться к обучению пациента такому стилю коммуникации относительно суицидального поведения, чтобы не пугать лечащий персонал и не создавать негативных последствий для себя. Например, суицидальные угрозы персоналу психиатрической больницы — не очень эффективная стратегия. Обычные темы таких консультаций — обучение пациента тому, как сочетать уверенное поведение и сотрудничество, а также функционировать в несколько автократических, обладающих большой властью системах. Индивидуальный терапевт, который обладает властью удерживать пациента в психиатрической больнице или выписать его, предоставить при госпитализации определенные привилегии или лишить их по своему усмотрению, не может быть хорошим консультантом в вопросах госпитализации.

4. Консультирование пациента по вопросам стационарного психиатрического лечения

Когда пациент поступает на стационарное психиатрическое лечение, индивидуальный терапевт должен оставаться в роли консультанта пациента (кроме случаев,

описанных в главе 13). Терапевт должен требовать, чтобы пациент договорился о возможности посещать сеансы индивидуальной психотерапии и тренинг навыков, а также о транспортном средстве или сопровождающем, если это необходимо. Опыт нашей программы показывает, что если персонал психиатрической больницы узнает о требовании прекращения ДПТ в случае пропуска пациентом четырех сеансов подряд *по любой причине*, пациенту с готовностью обеспечивают возможность посещения ДПТ. Если это абсолютно необходимо, терапевт может проводить психотерапевтические сеансы на территории психиатрического учреждения, в котором находится пациент.

В случае необходимости индивидуальный терапевт должен посещать проводимые персоналом психиатрической больницы собрания по обсуждению клинических случаев вместе с пациентом. Стационар может быть вполне подходящим местом и для других встреч и собраний с участием пациента — с родственниками пациента, всеми специалистами вспомогательного лечения и/или членами терапевтического коллектива ДПТ. Если подобная встреча формально не затребована, но индивидуальный терапевт считает ее желательной, ему следует помочь пациенту организовать и скоординировать встречу. (Как я уже упоминала в главе 13, такой подход может настроить персонал психиатрической больницы против пациента, если работники стационара не были ориентированы на стратегии консультирования пациента ДПТ.) Обычно хороший эффект дает поддержание контакта с пациентом по телефону для контролирования прогресса пациента. Я обычно регулярно звоню своим пациентам, проходящим стационарное лечение.

Если пациент стремится к госпитализации, а терапевт возражает

Часто пациенты с ПРЛ стремятся к госпитализации, которая, по мнению терапевта, не в их интересах. Пациент может переживать кризис, сообщать о суицидальных переживаниях и просить поместить его в психиатрическое учреждение. В некоторых ситуациях чрезвычайно трудно оценить фактический суицидальный риск и необходимость госпитализации для данного пациента. В таких случаях ДПТ предлагает следующие рекомендации.

1. *Терапевту не следует отказываться от своей позиции.* Если пациент чувствует, что не может справиться с кризисом вне психиатрической больницы, не прибегая к суициду, это вовсе не означает, что терапевт должен ему в этом потакать. Терапевт может считать (при условии проведения компетентной оценки суицидального риска), что пациент способен совладать с кризисом и выжить, по крайней мере с помощью специалиста.

2. *Терапевту следует признать право пациента на сохранение своей позиции.* И наоборот, если терапевт полагает, что пациент способен справиться с кризисом, это еще не означает, что так оно и есть на самом деле, — терапевт тоже может ошибаться. В этой ситуации необходимы честность, смирение и готовность к сотрудничеству. Следует поощрять использование пациентом “мудрого разума” для оценки двух различных позиций и поддерживать пациента в его праве на собственную, независимую от терапевта позицию. Притворное согласие с пациентом лишает его возможности узнать о нормальности сосуществования различных точек зрения.

3. Терапевт должен побуждать пациента к самостоятельной заботе о себе. Терапевт должен сказать пациенту, что в данной ситуации он вправе поступать так, как считает нужным для соблюдения собственных интересов, даже вопреки позиции специалиста. Если пациент продолжает считать, что госпитализация ему необходима, он должен стоять на своем. Пациенту следует доверять своему "мудрому разуму". В конечном счете, за жизнь пациента отвечает он сам, поэтому он должен распоряжаться ею по своему усмотрению.

4. Терапевт учит пациента, как добиться госпитализации. Терапевт должен научить пациента, как добиться госпитализации в стационарное психиатрическое отделение. Конечно, этого можно добиться сравнительно легко, если пациент обратится в отделение скорой психиатрической помощи и станет угрожать самоубийством. Однако существует и ряд менее щадящих способов обеспечить госпитализацию, и терапевту следует дать пациенту необходимую консультацию. Эта консультация должна быть настолько же эффективной, как и консультация по собственной инициативе терапевта.

5. Терапевт не должен наказывать пациента за действия вопреки его совету. Ни в коем случае нельзя подвергать пациента наказанию, если он ложится в психиатрическую больницу вопреки совету специалиста. Единственный вопрос, который нужно при этом рассматривать, — действительно ли в этом случае пациент следует своему "мудрому разуму", а не "эмоциональному" или (что бывает гораздо реже) "рациональному".

СТРАТЕГИИ ОТНОШЕНИЙ

Прочные, позитивные терапевтические отношения с суицидальным пациентом абсолютно необходимы. Хотя некоторые виды терапии могут быть эффективны при отсутствии такого рода отношений или при отношениях гораздо более низкого качества, это не относится к терапии пациентов с ПРЛ. Именно прочность терапевтических отношений привязывает пациента (а иногда и специалиста) к ДПТ. Иногда только прочность этих отношений помогает пациенту выжить в кризисной ситуации, а все остальные средства оказываются бессильными. Эффективность многих стратегий и процедур ДПТ (таких как направляющее ободрение, эмоциональная валидация, причинно-следственное управление, реципрокная и негативная коммуникация) зависит от наличия позитивных отношений между терапевтом и пациентом. Бывают также случаи, когда позитивные терапевтические отношения помогают терапевту сохранить рабочий альянс с пациентом либо не допустить враждебности, фрустрации или других нетерапевтических поведенческих реакций со стороны последнего. Хотя ДПТ была разработана для того, чтобы повысить качество терапевтических отношений, качество отношений в свою очередь повышает эффективность ДПТ.

Терапевтические отношения в ДПТ играют двоякую роль. Отношения — то средство, с помощью которого специалист может оказывать влияние на терапию; это и *есть* психотерапия. Эти две позиции создают диалектическое напряжение. Последняя позиция подразумевает, что терапия будет успешной при наличии у те-

рапевта определенных качеств — в данном случае сочувствия, чуткости, гибкости, понимания, толерантности и терпения. Если терапевтические отношения строятся на этих качествах, травмы прошлого негативного опыта пациента будут исцеляться; дефициты развития будут восполняться; а его внутренний потенциал и способность к личностному росту будут стимулироваться. Контроль над поведением и ходом терапии в основном принадлежит пациенту. И наоборот, если терапевтические отношения используются для влияния на терапию, специалист контролирует ее с согласия пациента. Тогда отношения выступают средством — способом поддержания достаточного контакта и обеспечения изменения и роста пациента. С этой точки зрения, психологические травмы пациента исцеляются только за счет активной терапевтической экспозиции пациенту подобных, но щадящих ситуаций; дефицит восполняется за счет овладения стратегиями совладания; рост происходит только потому, что он выгоднее других альтернатив.

В ДПТ диалектика является неотъемлемой характеристикой терапевтических отношений, терапевт должен постоянно поддерживать баланс за счет изменения соотношения двух различных подходов. Подход "отношений как терапии" способствует одновременно принятию клиента таким, каков он есть, и развитию. Подход "терапии посредством отношений" способствует контролю терапевта над тем поведением пациента, которым он не может управлять, а также освоение пациентом прежде неизвестных или недостаточно генерализованных навыков.

Однако перед тем, как применять какой-либо из этих подходов, следует установить терапевтические отношения. Поэтому одна из задач подготовительного этапа терапии — быстро сформировать прочные терапевтические отношения между специалистом и пациентом. Средства достижения этой цели включают: подчеркнутую валидацию аффективного, когнитивного и поведенческого опыта пациента; прозрачность контракта (прекращение суицидального поведения и построение качественной жизни); сосредоточение на препятствующем терапии поведении; доступность терапевта посредством телефонных контактов; применение терапевтом стиля реципрокной коммуникации; а также применение стратегий решения проблем к эмоциям, возникающим в контексте взаимоотношений. С помощью этих средств терапевт укрепляет у пациента чувства привязанности и доверия. Однако не менее важна и привязанность терапевта к пациенту. Если терапевт испытывает к пациенту двойственные чувства или антипатию, это обязательно проявится косвенным образом или даже через непосредственные действия, что негативно скажется на качестве взаимоотношений. Разрешению этой двойственности способствует сосредоточение на суицидальном поведении (что будет снижать стресс терапевта); препятствующем терапии поведении и чувствах, связанных с терапевтическими отношениями; а также помогают стратегии супервизии и консультирования терапевта.

Терапевтические отношения в других формах ДПТ (таких, например, как тренинг навыков или терапия в группах поддержки) не столь интенсивны. Тем не менее отношения специалиста и пациента остаются очень важным терапевтическим фактором и заслуживают такого же внимания, о котором говорилось выше. Как и в индивидуальной психотерапии, взаимоотношения со специалистом подчас могут быть единственной ниточкой, которая связывает пациента с жизнью.

Хотя большинство стратегий ДПТ предназначены для укрепления терапевтических отношений, иногда для той же цели требуется применение особых стратегий. Можно выделить три особенно важных аспекта взаимоотношений, каждому из которых соответствует определенная стратегия. Для этих стратегий не требуется новое обучение, но необходима другая интеграция тех стратегий, которые я уже описывала. Стратегии отношений включают: 1) принятие отношений, 2) решение проблем отношений, 3) генерализацию отношений. Если все время не ориентироваться на диалектические принципы, присутствие в одном наборе стратегий таких противоречивых техник, как принятие отношений и решение проблем отношений, не будет понятным. Стратегии отношений приведены в табл. 15.9.

Таблица 15.9. Стратегии отношений

Терапевт испытывает привязанность к пациенту.

Терапевт использует терапевтические отношения, чтобы сохранить жизнь пациента.

Терапевт уравновешивает подходы "отношений как терапии" и "терапии посредством отношений".

Терапевт ПРИНИМАЕТ терапевтические отношения в том виде, в котором они существуют на данный момент:

- терапевт принимает и валидирует пациента таким, каков он в данный момент;
- терапевт принимает себя таким, каков он в данный момент;
- терапевт принимает фактический уровень терапевтического прогресса;
- терапевт готов разделить страдания пациента;
- терапевт принимает возможность терапевтических ошибок; терапевт подчеркивает необходимость эффективного исправления ошибок.

Терапевт применяет к отношениям подход РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ при возникновении трудностей:

- терапевт предполагает, что и он сам, и пациент мотивированы к решению проблем в терапевтических отношениях;
- терапевт применяет диалектические принципы, рассматривая проблемы как результат взаимодействия в терапевтических отношениях;
- терапевт обращается к группе супервизии и консультирования относительно исправления собственных терапевтических ошибок.

Терапевт непосредственно занимается ГЕНЕРАЛИЗАЦИЕЙ поведения, освоенного в рамках терапевтических отношений, и его переносом на другие виды отношений.

Тактика, противоречащая ДПТ:

- терапевт выбирает момент, чтобы прекратить страдания пациента;
- терапевт обижается и враждебно реагирует на негативную обратную связь;
- терапевт предполагает, что научение в контексте терапии генерализуется само собой.

1. ПРИНЯТИЕ ОТНОШЕНИЙ

Принятие отношений подразумевает, что клиницист признает, принимает и валидирует как пациента, так и себя как терапевта по отношению к нему, а также качество терапевтических отношений. Каждый аспект принимается таким, каков он *есть* в данный момент; это включает и открытое признание степени терапевтического прогресса или отсутствия такового. Принятие отношений, как и прочие стратегии принятия, нельзя рассматривать как технику изменения, т.е. как принятие с целью модификации. Принятие отношений обусловливает множество требований, но прежде всего требует готовности и желания погрузиться в болезненную ситуацию, страдать вместе с пациентом, а также отказа от манипуляций ради сиюминутного

прекращения страданий. Многие клиницисты не могут переносить боль, которая сопровождает терапию пациентов с ПРЛ, или не готовы к профессиональному риску, сомнениям и травматическим моментам, которые будут встречаться на их пути. Старая пословица "Не зная броду, не суйся в воду" нигде так не оправдывает себя, как при терапии пациентов с ПРЛ и суицидальных индивидов. Кроме того, для принятия отношений очень важны высокая сопротивляемость к критике и враждебности, а также способность сохранять некритическое отношение.

Другими словами, терапевт должен полностью погрузиться в терапевтические отношения, принимая пациента таким, каков он в данный момент. Возможно, фраза "принимать пациента таким, каков он есть" звучит несколько банально, однако, как показывает мой опыт, именно это становится самой трудной задачей для терапевтов, работающих с пограничными пациентами. Принятие терапевтических отношений происходит "полностью", потому что частичное принятие невозможно. Поэтому требуется принятие пациента, себя, терапевтических усилий и "состояния дел" без искажений, без разделения на хорошее и плохое, без попыток сохранить определенные впечатления или избавиться от них (в данный момент времени). Еще один способ осознать принятие, включая принятие отношений, — определить его как неприкрытую правду. Это объективное в*и*дение терапевтических отношений — без искажений, вызванных тем, какими мы хотели или не хотели бы их видеть. С аналитической точки зрения, это способность реагировать без обид и защитных комплексов — как внешне, так и внутренне.

Один из самых важных аспектов принятия при работе с пограничными индивидами — принятие неизбежности своих будущих терапевтических ошибок. Эти ошибки могут быть серьезными и стать причиной страданий как пациента, так и специалиста. ДПТ не делает выраженного акцента на том, чтобы избегать ошибок; подчеркивается прежде всего компетентное и эффективное исправление ошибок. Ошибку можно сравнить с дырой в одежде. Хороший диалектико-поведенческий терапевт — не тот специалист, у которого никогда не рвется одежда, а тот, который может наложить крепкую латку или прочно зашить дыру. Возможно, для пациента с ПРЛ важнее будет осознание того, что ошибки в отношениях можно исправлять, чем уверенность в том, что в данных отношениях исправления не требуются (подобная точка зрения встречается у *Kohut, 1984*).

2. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ В ОТНОШЕНИЯХ

Решение проблем в отношениях необходимо, когда отношения становятся источником проблем для какой-либо из сторон. Неудовлетворенность или гнев пациента либо специалиста по отношению к другой стороне сигнализируют о необходимости решения проблем. Все стратегии решения проблем, обсуждаемые в главе 9, целесообразны в этой ситуации. Решение проблем в отношениях в ДПТ основано на в*и*дении терапевтических отношений как "реальных" отношений, в которых источником проблем может быть какая-либо из сторон или обе стороны сразу.

Общая тема собраний по обсуждению клинического случая пациента с ПРЛ — комментарии о "притворстве" какого-либо пациента, попытках манипулирования терапевтом, "раскола персонала" или других действиях против специалиста и терапии. При этом предполагается, что если пациент причиняет терапевту боль,

унижает, приводит в ярость или доставляет какие-либо другие неприятности, за этими действиями должно стоять соответствующее намерение (осознанное или неосознаваемое). Как я неоднократно подчеркивала, такие рассуждения основаны на ошибочной логике. Терапевтам иногда кажется, что пациенты обладают сверхъестественной способностью выявлять их слабые места и бить по ним; но я в это не верю. Я думаю, что пациенты с ПРЛ проявляют настолько разнообразные виды проблемного межличностного поведения, что по законам статистики непременно попадают в слабое место специалиста.

Пациентам, конечно же, тоже есть за что пожаловаться на терапевтов. Я подробно обсуждала эту тему в главе 5 и не буду к ней возвращаться. Как правило, пациенты требуют больше уважения к себе, больше эмоциональной взаимности, меньше искусственных правил и больше помощи. (Многие пациенты нашей клиники говорили нам, что в ДПТ им больше всего нравится наша готовность признавать ошибки.)

Общий подход к препятствующему терапевтическим отношениям поведению (как пациента, так и терапевта) — расценивать его как проблему, подлежащую разрешению; предполагать, что индивиды мотивированы исправлять ошибки в терапевтических отношениях; и верить в то, что эти проблемы могут быть разрешены. *Не* допускается, что одна из сторон ответственна за возникающие проблемы в большей мере, чем другая. Такой подход часто кардинально меняет позицию специалиста по отношению к пациенту. Мнение о том, что пациент пытается создавать проблемы, а не изо всех сил старается помочь себе, соответствует позиции негативно подкрепляющего окружения, которое сопровождало пациента всю его жизнь. При самонепринятии пациент считает все проблемы отношений своей виной; при другой крайности пациент может перекладывать всю ответственность за проблемы отношений на терапевта. Иногда у специалиста проявляется похожая тенденция — списывать все проблемы отношений на патологию пациента. Проблемы отношений гораздо реже объясняются собственными ошибками или контрпереносом. "Истина", конечно же, находится где-то между двух полюсов диалектического континуума.

Где и как обсуждаются и разрешаются проблемы в терапевтических отношениях, зависит в некоторой степени от того, в каком контексте проявляется проблема (например, при групповой или индивидуальной психотерапии), в чем состоит проблема и кто выступает потерпевшей стороной (пациент или терапевт). Проблемы отношений в групповой психотерапии могут разрешаться в контексте группы или в индивидуальном порядке. (При этом учитывается ряд факторов — например, времен*ы*е ограничения групповых сеансов и способность пациента работать над собственным поведением в группе.) Некоторые проблемы (например, страх или гнев, настолько интенсивные, что пациент не может прийти на терапию, или серьезные ошибки терапевта, которые он не признал во время сеанса терапии, групповой или индивидуальной) могут разрешаться по телефону. Часто влияние терапевтического взаимодействия полностью осознается только после сеанса; ДПТ допускает телефонные звонки для снятия чувства отчуждения или ослабления накопившейся ярости. Эта тема подробнее рассматривалась выше в этой же главе в связи со стратегиями телефонных консультаций.

Поведением терапевта, которое становится источником проблем в отношениях, занимаются на собраниях консультативных групп по обсуждению клинических случаев, в контексте индивидуальной супервизии или на сеансах индивидуальной психотерапии с пациентом. Жалобы пациента терапевту на его поведение всегда обсуждаются на психотерапевтических сеансах. Обычно ключевым фактором разрешения выступает готовность терапевта признавать свои ошибки (если таковые действительно допущены). Хотя влияние поведения пациента на поведение терапевта (и наоборот) — важная тема для обсуждения, терапевту ни в коем случае нельзя использовать такое обсуждение для обвинения пациента в проблемном поведении самого терапевта. Проблемы отношений, которые не затрагиваются пациентом, обычно решаются на собраниях группы супервизии и консультирования. В таких случаях коллеги применяют стратегии ДПТ к самому терапевту.

3. ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ ОТНОШЕНИЙ

Генерализация терапевтических отношений на другие типы отношений не рассматривается в ДПТ как нечто само собой разумеющееся и не требующее особых усилий. Хотя между терапевтическими и "настоящими" взаимоотношениями можно найти множество отличий, терапевт должен использовать трудности терапевтических отношений и их разрешение, чтобы исследовать сходство терапевтических отношений с другими социальными отношениями, в которых участвует пациент. Таким образом, терапевт может предложить пациенту использовать аналогичные подходы для эффективного решения проблем в отношениях вне терапии. Когда терапевтические отношения складываются удачно, этот факт также следует признавать, качество этих отношений следует сравнивать с качеством других отношений, в которые вовлечен пациент. Такое сравнение может высветить цели, преследуемые пациентом для определенного типа взаимоотношений, а также их недостатки. При этом следует использовать все стратегии генерализации навыков, описанные в главе 11.

Заключение

Единственный протокол, который не вошел в эту книгу, это протокол тренинга поведенческих навыков для пациентов с ПРЛ. Содержание и процесс тренинга навыков подробно описываются в "Руководстве по тренингу навыков...". Сами навыки описаны в главе 5 монографии, а процедуры тренинга навыков для индивидуальной психотерапии обсуждаются в главе 11. Сочетая первое и второе, вы сможете создать собственную модель тренинга навыков. Важный момент, который при этом следует помнить: пациента с ПРЛ нужно обучать новому поведению независимо от того, следуете вы "Руководству по тренингу навыков..." или нет. Ваша задача как терапевта состоит в том, чтобы обучать, руководить, побуждать и мягко направлять пациента к новым способам существования и поведения в окружающем мире. Стратегии, описанные в этой главе, — средства создания и поддержания терапевтического контекста, в котором вы сможете успешно проводить обучение, а пациент — успешно научиться тому, как измениться.

Приложение 15.1

Шкала оценки степени опасности для жизни*

00. Смерть в результате "суицидального" поведения невозможна

Самопорезы. Легкие царапины, которые не нарушают целостности кожи; обычно наносятся неострыми жестяными отрывными язычками, кусками пластмассы, шпильками, скрепками; открытие старых ран также относится к этой категории. Раны, требующие наложения швов, следует относить к более высокому уровню.

Пероральное употребление. Сюда относится небольшая передозировка, а также проглатывание таких объектов, как монеты, скрепки и одноразовые термометры. Десять или меньше таблеток аспирина, "Тайленола" (*Tylenol*), таблеток от простуды, слабительного или других медикаментов, которые отпускаются без рецепта; небольшие дозы транквилизаторов или отпускаемых по рецепту врача препаратов (обычно до 10 таблеток). Случаи, когда индивид берет в рот кусочки стекла, но не глотает их, также относятся к этой категории.

Другие методы. Очевидно неэффективные действия, которые обычно демонстрируются пациентом лечащему персоналу (например, когда он выходит на мороз в одном халате, предварительно сообщив другим пациентам, что собирается "замерзнуть до смерти").

1.0. Очень высокая вероятность того, что индивид не умрет. Если смерть случится, это произойдет в результате вторичных осложнений, несчастного случая или очень необычных обстоятельств

Самопорезы. Мелкие порезы, которые не повреждают сухожилия, нервы или кровеносные сосуды. Могут требовать наложения нескольких швов. Порезы часто наносятся острыми предметами, например бритвенным лезвием. Очень незначительные потери крови. Царапины на горле (но не порезы) относятся прежде всего к данной категории.

Пероральное употребление. Относительно небольшая передозировка или глотание неострого стекла, керамики. Обычно привлекается внимание лечащего персонала. 20 или меньше таблеток аспирина, слабительного и/или других препаратов, которые отпускаются без рецепта врача (например, "Соминекс" (*Sominex*), "Нитол" (*Nytol*), 15 или меньше таблеток "Тайленола"). Малые дозы потенциально опасных для жизни медикаментов (например, шесть таблеток "Туинала" (*Tuinal*), четыре таблетки "Секонала" (*Seconal*)); меньше 20 таблеток "Торазина" (по 10 мг в каждой).

Другие методы. Обертывание вокруг шеи нитки или струны и демонстрация лечащему персоналу.

---

* Взято из: *The Suicidal Patient: Clinical and Legal Standards of Care* (pp. 277–278) by Bongar, 1991, Washington, DC: American Psychological Association. © 1991 by the American Psychological Association. Перепечатано с разрешения. Дополненный и переработанный Б. Бонгаром материал работы "Lethality of Suicide Attempt Rating Scale" by K. Smith, R. W. Conroy, and B. D. Ehler, 1984. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(4), 215–242. © 1984 by *Guilford Publications, Inc.* Адаптировано с разрешения. Идея шкалы принадлежит Т. Макевою (*MacEvoy, 1974*).

2.0. Смерть как результат суицидального действия маловероятна. Если смерть случится, это, вероятно, произойдет в результате непредвиденных вторичных последствий. Часто суицидальное действие производится в публичном месте, о нем сообщает суицидент или другие люди. Хотя медицинская помощь может быть целесообразна, она не требуется для выживания пострадавшего

Самопорезы. Жертва может получать, но обычно *не нуждается* в медицинской помощи для сохранения жизни.

Примеры. Относительно неглубокие порезы острым инструментом, которые могут приводить к легкому повреждению сухожилий. Порезы рук, ног и запястий требуют наложения швов. Порезы сбоку шеи относятся прежде всего к этой категории и не требуют наложения швов.

Пероральное употребление. Жертва может получать, но обычно *не нуждается* в медицинской помощи для сохранения жизни.

Примеры. 30 или меньше таблеток аспирина и/или других медикаментозных препаратов, отпускаемых без рецепта врача; меньше 100 таблеток слабительного; 25 или меньше таблеток "Тайленола", 350 или меньше граммов токсичных жидкостей — шампуня или вяжущих средств, горючего для зажигалки или других горючих веществ на основе нефтепродуктов (меньше 60 г). Небольшие дозы потенциально опасных для жизни медикаментов (например, 21 таблетка "Дарвона" (*Darvon*) по 65 мг в таблетке, 12 таблеток "Фиоринала" (*Fiorinal*), "передозировка фенобарбитала, но вызвавшая только сильную сонливость", 10–15 таблеток "Торазина" (*Thorazine*) по 50 мг в таблетке). Пациент может принимать большие дозы аспирина и через несколько минут извещать об этом лечащий персонал. 15 или меньше таблеток карбоната лития. Пациенты могут глотать небольшие дозы чистящих средств или жидкостей — например, гель "Comet" (меньше четырех столовых ложек).

Другие методы. Неопасные для жизни, обычно импульсивные и неэффективные методы.

Примеры. Вдыхание дезодорантов без респираторных травм, глотание нескольких острых кусочков стекла, следы неудавшейся попытки задушить себя наволочкой (например, ссадины, похожие на сыпь).

3.5. Смерть маловероятна при условии оказания первой помощи самой жертвой или другим лицом. Жертва обычно сообщает о своем намерении, совершает акт публично или не принимает мер, чтобы скрыться или скрыть полученные повреждения

Самопорезы. Глубокие порезы, в том числе с повреждениями (или разрезами) сухожилий и возможным повреждением нервов, сосудов и артерий; порезы горла требуют наложения швов, но основные кровеносные сосуды на горле не повреждены. Потеря крови обычно составляет меньше 100 см3. Порезы шеи серьезнее, чем просто царапины, но основные вены или артерии не разрезаны.

Пероральное употребление. Значительная передозировка, может соответствовать нижнему пределу смертельной дозы *LD50.*

Примеры. Меньше 60 таблеток аспирина или других медикаментозных средств, которые отпускаются без рецепта врача. Могут приниматься большие дозы, но при этом пациент обеспечивает вмешательство (например, 64 таблетки "Соминекса" (*Sominex*)). Более 100 табле-

ток слабительного, 50 таблеток или меньше обычного "Тайленола". Потенциально смертельная передозировка (например, 60 капсул "Дилантина" (*Dilantin*) и 400 граммов рома), но с обеспеченным вмешательством (например, на виду у лечащего персонала или с сообщением другому человеку о приеме в пределах часового интервала). Могут присутствовать признаки психологического дистресса — тошнота, повышенное кровяное давление, респираторные изменения, конвульсии и измененное сознание на грани комы. Горючее для зажигалок (85 граммов и более); 15–20 таблеток карбоната лития.

Другие методы. Возможны серьезные действия, о которых пациент быстро сообщает лечащему персоналу (например, затягивание тугой петли вокруг шеи, но при этом демонстрация лечащему персоналу).

5.0. Вероятность смерти 50/50 непосредственно в результате акта или его последствий; или же результаты применяемого метода самоубийства, по общему мнению, нельзя предсказать. Такую оценку можно давать лишь в тех случаях, когда а) детали не выяснены; б) невозможно сделать выбор в пользу 3.5 или 7.0

Самопорезы. Серьезные порезы, приводящие к серьезным потерям крови (более 100 см^3), с возможностью смерти. Нанесение порезов может сопровождаться приемом алкоголя или наркотиков, которые могут мешать обнаружению содеянного.

Пероральное употребление. Сообщения о приеме неопределенных, но, возможно, значительных доз опасных для жизни медикаментозных препаратов. Неизвестные дозы препаратов, малые дозы которых смертельны, также сюда относятся.

Примеры. "Принята большая доза хлорал-гидрата и "Доридена" (*Doriden*)", "принято 60 таблеток аспирина и неопределенная доза других медикаментов".

Другие методы. Потенциально смертельные суицидальные действия.

Примеры. Попытки вставить в розетку оголенные провода в присутствии медсестры, выпрыгивание из движущегося со скоростью 50 км/ч автомобиля головой вперед, попытка выкрутить лампочку и вставить палец в патрон в присутствии других пациентов.

7.0. Смерть — вероятный исход, если только не будет оказана "немедленная" и "энергичная" первая помощь или другого рода медицинская помощь (самой жертвой или другим лицом). Может соблюдаться одно из следующих условий: а) жертва сообщает о суицидальных действиях (прямо или опосредованно); б) жертва производит действия в публичном месте, где ей могут оказать помощь или обнаружить

Самопорезы. Тяжелые порезы.

Примеры. Побег из больницы и "распарывание горла бритвой" (включая повреждение яремной вены), но самостоятельное возвращение в больницу и обращение за помощью; самопорезы головы, нанесенные в уединении осколком стекла, и "почти смертельная потеря крови" — обращение к врачу после нанесения самопорезов. Побег из больницы и нанесение очень серьезных самопорезов в общественном туалете или мотеле — шок вследствие потери крови и сосудистый коллапс — непосредственное обращение за помощью после нанесения самопорезов.

Пероральное употребление. Потенциально смертельные препараты и дозы. Сюда относятся дозы, которые при отсутствии медицинской помощи вызовут смерть у большинства людей (обычно верхний предел смертельной дозы *LD50* или выше).

Примеры. Побег и прием примерно двух коробочек аспирина и возвращение в больницу; 50 таблеток сверхсильного "Тайленола", побег и прием больших доз "Индерала" (*Inderal*), "Далмана" (*Dalmane*), "Мелларила" (*Mellaril*) и 700 граммов бурбона в мотеле, затем непрямое сообщение о дистрессе; прием 23 таблеток фенобарбитала по 100 мг, но немедленное сообщение об этом соседу по палате, который сообщает лечащему персоналу; 16–18 капсул "Нембутала" (*Nembutal*), записка для подруги, которая ее не заметила, в результате чего пациентка едва не умерла.

Другие методы. Потенциально смертельные действия, выполненные таким образом, который повышает вероятность вмешательства.

Примеры. Туго затянутое вокруг шеи полотенце, доступ воздуха нарушен — пациентка хотела развязать полотенце, но потеряла сознание и упала на пол — обнаружена в состоянии остановки дыхания, синюшный цвет лица — перед попыткой пациентка видела, что начался обход; шнурок несколько раз обернут вокруг шеи и привязан к кровати, покраснение лица при обнаружении.

8.0. Смерть обычно считается логичным результатом суицидального действия, если только жертву не спасет другое лицо при "обдуманном риске" (например, во время обхода палат в стационаре или при ожидании прихода соседа по комнате, супруга в определенное время). Может соблюдаться одно или оба следующих условия: а) жертва не сообщает прямо о суицидальных действиях; б) жертва действует в уединении

Самопорезы. Глубокие порезы с быстрой и большой потерей крови. Могут частично скрываться от персонала, супруга или друзей.

Примеры. У себя в палате пациентка зашла в ванную, оставила дверь открытой и глубоко разрезала себе запястье, в результате чего произошла сильная потеря крови; пациентка могла бы умереть, если бы не была обнаружена полчаса спустя лечащим персоналом при обходе.

Пероральное употребление. Очевидно смертельные дозы без сообщения о суицидальных действиях.

Примеры. Прием смертельной дозы барбитуратов, но рвота перед комой; передозировка 900 мг "Стелазина" (*Stelazine*) в своей квартире, в одиночестве; передозировка фенобарбитала и прием алкоголя, найдена в коматозном состоянии в своей кровати. Прием 20 таблеток "Туинала" (*Tuinal*) и сильная сонливость при посещении друзей — вызов "скорой помощи" друзьями, 36 часов в коматозном состоянии; прием 15 таблеток "Туинала" — найдена без сознания в ванне с теплой водой.

Другие методы. Наиболее распространено повешение и удавление, которое может привести или не привести к смерти, но совершается таким образом, что при обдуманном риске суицидальные действия могут быть прерваны.

Примеры. Очень туго затянутый на шее ремень и удавление в душевой; слегка затянутый на шее шнурок — перед тем как ложиться спать, на утро обнаружена с синюшным лицом; блокирование доступа воздуха надетым на голову полиэтиленовым пакетом, затянутый на шее чулок — найдена в кровати задыхающейся и бледной, но лицо не синюшное; побег и попытка утопиться в ближайшем пруду, но днем; появление на проезжей части с движущимся транспортом (более 50 км/ч); полиэтиленовый пакет на голове — обнаружена с выраженным синюшным цветом лица; "пас" при игре в "русскую рулетку".

9.0. Высокая вероятность смерти: жертву могут спасти "случайное вмешательство" и/или непредвиденные обстоятельства. Также соблюдаются два условия: а) жертва прилагает усилия к тому, чтобы отвлечь внимание своего спасителя от своих суицидальных действий; б) жертва принимает меры предосторожности против обнаружения себя (например, убегает)

Самопорезы. Тяжелые, обычно множественные порезы с большой потерей крови.

Примеры. Глубокие самопорезы руки, сливание крови в корзину для мусора, затем сон (это происходило вечером, поэтому сон не вызвал подозрения) — обнаружена без сознания и в шоковом состоянии; жестокое выкусывание двухсантиметрового куска кожи (на запястье), потеря 1600 г крови — обнаружена в шоковом состоянии в своей кровати; порезы горла в мастерской лечебницы (когда там никого не было) семисантиметровым лезвием, найдена без сознания; глубокие порезы горла осколком бутылки в душе стационарного отделения (большинство пациентов были вне отделения) — обнаружена с затрудненным дыханием; разрезано горло и запястье (дома, в ванной) — смерть в результате утопления, "надеялась" быть обнаруженной мужем.

Пероральное употребление. Очевидно опасные для жизни дозы.

Примеры. Внутренний прием нескольких десятков граммов жидкости для снятия лака с ногтей — найдена в кровати под одеялом — рвота, пенные выделения изо рта, бледность, умеренно коматозное состояние; прием 30 таблеток "Доридена" (*Doriden*) по 500 мг перед сном, в кровати — казалась спящей, на самом деле в глубокой коме.

Другие методы. Применение высокоопасных для жизни средств.

Примеры. Полиэтиленовый пакет на голове, затянутый на шее шарфом, — найдена без сознания, с головой в унитазе; врезалась на машине в цистерну с бензином, но выжила, отделавшись незначительными ссадинами и синяками; ноздри и рот заткнуты пластиком, доступ воздуха блокирован — выглядела спящей, лежала под одеялом; побег из больницы, отъезд на автомобиле в другой город — смерть от удушья выхлопными газами на стоянке автомобилей; повешенье в кладовке, при запертой двери — обнаружена с остановкой дыхания; прыжок с 27-метрового моста в воду — обнаружена без сознания. Огнестрельное ранение груди (использование дробовика относится к следующей категории — 10.0); прыжок головой вниз с третьего этажа.

10.0. Смерть почти неизбежна независимо от обстоятельств или вмешательства другого лица. Большинство людей быстро умирают после совершения суицидальных действий этого уровня. Очень немногие выживают по не зависящим от них обстоятельствам

Самопорезы. Порезы такой же тяжести, как в категории 9.0, но вероятность вмешательства еще более низкая. Большая и быстрая потеря крови.

Примеры. Побег из больницы в пустующий дом и нанесение себе тяжелых порезов запястий и горла бритвой — обнаружена полицейским в луже крови, не разрешала полицейскому подойти, угрожая бритвой.

Пероральное употребление. Поскольку действие токсинов проявляется медленно, очень немногие случаи передозировки могут считаться настолько серьезными.

Примеры (серьезных случаев передозировки). Внутренний прием жидкости для полировки мебели, разбавителя и многих лекарственных средств (которые отпускаются только по рецепту врача), когда никого нет и не ожидается; большие дозы "Далмана" (*Dalmane*) и барбитуратов, когда муж в отъезде, а детей и других членов семьи нет дома; прием 60 таблеток "Нембутала" (*Nembutal*) — сон в лесу зимой — закрыла себя листьями, отчего тело не могли найти несколько дней.

Другие методы. Наиболее распространенные случаи приводятся ниже.

Примеры. Прыжок с высокого здания (четыре этажа или выше); выбегание на скоростную автостраду и столкновение с мчащейся машиной; побег из больницы и повешение в раздевалке спортзала в ночное время; побег и утопление в озере — когда там никого нет и пациентку не ищут в стационаре; выстрел в голову или любые другие суицидальные методы с использованием огнестрельных средств.

Примечания

1. Это факторы риска для взрослых индивидов. Факторы риска для детей и юношества (включая те из них, которые подобны "взрослым") характеризуются значительными отличиями. Обзор факторов риска для детей и юношества дается в: *Berman & Jobes, 1992; Pfeffer, 1986.*

Приложение

Рекомендуемая литература

* Настоятельно рекомендуется

** Настоятельно рекомендуется читателям, не знакомым с основами поведенческой терапии

Barker, P. (1985). *Using metaphors in psychotherapy.* New York: *Brunner/Mazel.*

Метафоры играют ключевую роль в ДПТ и составляют важный комплекс диалектических стратегий. Эта работа — захватывающий анализ метафоры и психотерапии, в ней приводится множество примеров метафор, полезных для ДПТ.

* Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: *Guilford Press.*

Книга Д. Барлоу — один из самых лучших на сегодняшний день источников материалов по терапии связанных с тревогой расстройств. Автор дает хорошее описание теории и исследовательских материалов по роли "эмоциональной обработки" и экспозиционных стратегий в психотерапии. Эта теория и методы также применимы к работе с чувством стыда и вины — ключевыми эмоциями, на которые направлена ДПТ. Понимание положений этой книги важно для применения экспозиционных стратегий в ДПТ, учитывая страх перед эмоциями многих (или большинства) пограничных пациентов.

* Basseches, M. (1984). *Dialectical thinking and adult development.* Norwood, NJ: *Ablex.*

В этой книге дается прекрасное описание того, что подразумевается под "диалектическим мышлением". В работе также приводится краткий обзор диалектической философии. Понимание положений этой книги существенно важно для проведения ДПТ.

* Berg, J. H. Responsiveness and self-disclosure. In V. J. Derlega & J. H. Berg *Self-disclosure: Theory, research, and therapy.* New York: *Plenum Press.*

Чуткость и самораскрытие образуют основу стратегий реципрокной коммуникации, и в работе очень хорошо изложены ее принципы.

* Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care.* Washington, DC: *American Psychological Association.*

В этой книге дается прекрасный обзор клинических и юридических аспектов терапии суицидального поведения. Это одно из лучших пособий для клинической работы, опубликованных на сегодняшний день. Б. Бонгар анализирует теоретическую и эмпирическую литературу по суицидальному поведению высокой степени риска, а также кратко излагает результаты судебных процессов, относящихся к терапии суицидальных индивидов. Автор предлагает эффективные стратегии минимизации суицидального риска в контексте клинически сложных терапевтических условий. Книга содержит многочисленные шкалы оценки суицидального риска, перепечатанные из других источников.

Egan, G. (1982). *The skilled helper: Model, skills, and methods for effective helping* (2nd ed.). Monterrey, CA: *Brooks/Cole.* (В особенности см. главы 3–5.)

Работа содержит очень хороший материал о двух первых этапах валидации — наблюдении и описании (активное слушание, точная эмпатия). Обсуждение уважения, искренности и социального влияния относится к стратегиям реципрокной коммуникации.

* Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness: A manual on meditation.* Boston: *Beacon Press.*

В книге дается теоретическое обоснование и методы практики психической вовлеченности. Хотя это духовная практика, предлагаемый в книге подход не является религиозным. Психическая вовлеченность искусство психологического бодрствования. Понимание этого существенно важно для обучения основным навыкам психической вовлеченности. Невозможно проводить ДПТ без понимания сути и принципов этой практики.

Hollandswoth, J. G. (1990). *The physiology of psychological disorders: Schizophrenia, depression, anxiety, and substance abuse.* New York: *Plenum Press.*

ДПТ основана на биосоциальной теории поведения и поведенческих расстройств. Поэтому очень важно понимать, как взаимодействуют биология, среда и опыт, воздействуя на функционирование индивида. Системная модель функционирования, представленная Дж. Холландсвортом, совместима с биосоциальным диалектическим подходом. Книга будет хорошим введением в поведенческую генетику и исследовательскую литературу по роли физических, биохимических и психофизиологических факторов в развитии шизофрении, депрессии, тревоги, алкоголизма и наркомании.

* Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: *Dell.*

В этой книге описывается программа снижения стресса, разработанная в медицинском центре Массачусетсского университета. Хотя она была разработана в контексте поведенческой медицины, но включает полную практику психической вовлеченности. Как пишет автор, это интенсивная, саморегулирующаяся тренинговая программа, позволяющая освоить искусство сознательного бытия. Бесценный источник материалов для терапевтов, желающих обогатить тренинг психической вовлеченности.

Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles, components. *Hospital and Community psychiatry*, 40. Pp. 361–368.

Работа представляет собой краткое обобщение принципов управления. Средовая интервенция подчеркивается в большей степени, чем в ДПТ, но в остальных аспектах стратегии консультирования пациента и средовой интервенции освещены весьма удачно.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: *Plenum Press*.

В книге подробно описывается применение принципов оперантного научения в контексте интенсивной психотерапии с межличностной ориентацией. Это те же самые принципы, что лежат в основе причинно-следственных процедур в ДПТ. Третий (и заключительный) этап ДПТ во многом близок к этой форме терапии.

Kopp, S. B. (1971). *Metaphors from a psychoterapist guru*. Palo Alto, CA: *Science & Behavior Books*.

С. Коп приводит множество метафор из первобытных религий, иудаизма, христианства, восточных религий, древнегреческой и древнеримской мифологии, эпохи Возрождения, детских сказок и научной фантастики. В конце приводится очень хороший список рекомендуемой литературы.

Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberger, J. T., & Yufit, R. I. (Eds.). (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: *Guilford Press*.

В этом пособии обобщаются материалы современной специальной литературы по диагностике суицидальности и прогнозированию суицида. Авторы проводят обзор и обсуждают большинство методов диагностики суицидальности, в том числе шкалы прогнозирования суицида, психологические тесты, клинические интервью и т.д.

** Martin, G., & Pear, J. (1992). *Behavior modification: What it is and how to do it* (4th ed.). *Part II: Basic behavioral principles and procedures*. Englewood Cliffs, NJ: *Prentice-Hall*.

Прекрасный, основательный обзор принципов поведенческой модификации, включая оперантное научение и выработку условного рефлекса по методу Павлова, формирование, сцепление и т.д. Особенно это касается тренинга навыков и причинно-следственных процедур.

** Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. T., & Rimm, D. C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd ed.). New York: *Harcourt Brace Jovanovich*.

Хороший базовый обзор техник поведенческой терапии. Работа разбита на главы в зависимости от рассматриваемых техник, а не расстройств. Включает полезное приложение по основным принципам научения.

* Whitaker, C. A., Felder, R. E., Malone, T. P., & Warkentin, J. (1982). First-stage techniques in the experimental psychotherapy of chronic schizophrenic patients. In J. R. Neill & D. P. Kniskern *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. New York: *Guilford Press*. (Оригинальная работа издана в 1962 году.)

Техники начального этапа для работы с шизофреническими индивидами, очень напоминающие стратегии негативной коммуникации ДПТ. Работа весьма информативна и насыщена множеством примеров. Некоторые техники, предложенные К. Уитакером и его коллегами, не используются в ДПТ, потому что способны приво-

дить к злоупотреблению или неправильному применению. К тому же немаловажную роль играет личный стиль, а многие просто не воспринимают мой личный стиль.

Wilber, K. (1981). *No boundary: Eastern and Western approaches to personal growth.* Boulder, CO: *New Science Library.*

К. Уилбер представляет убедительное описание того, как создаются полярные противоречия, произвольные границы, а целое разбивается на части. Понимание сущностного единства противоположностей и искусственности границ существенно необходимо для диалектического подхода.

Предметный указатель

О

П

Р

С

Т

Научно-популярное издание

Марша М. Лайнен

Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

Литературный редактор *Л.В. Селезнева*
Верстка *Л.В. Чернокозинская*
Художественный редактор *Е.П. Дынник*
Корректоры *О.В. Мишутина, Л.В. Чернокозинская*

Издательский дом "Вильямс"
127055, г. Москва, ул. Лесная, д. 43, стр. 1

Подписано в печать 14.05.2007. Формат 70x100/16.
Гарнитура Newton. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 47,73. Уч.-изд. л. 42,95.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2507.

Отпечатано по технологии CtP
в ОАО "Печатный двор" им. А. М. Горького
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.